

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.239 vom 9. Oktober 2020**

SO Obergericht, 2020-10-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.239\\_d20201009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.239_d20201009)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.239 du 9 octobre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.239 del 9 ottobre 2020

## **Regeste**

Invalidenrente (Reduktion)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1979, meldete sich am 15. Dezember 2003 bei der IV-Stelle Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 1). Zuvor war sie im Spital B.\_\_\_\_ als Pflegeassistentin tätig gewesen. Das Arbeitsverhältnis wurde wegen Krankheit per 3. November 2003 beendet (IV-Nr. 6 S. 6). Im Rahmen der Anmeldung gab die Beschwerdeführerin, die seit der Jugend an Diabetes mellitus Typ 1 leidet, Beschwerden am linken Fuss nach einer Calcaneusfraktur an.

1.2 Die Beschwerdegegnerin holte diverse medizinische Unterlagen sowie die Akten der Unfallversicherung ein und führte eine Haushaltsabklärung durch. Anschliessend sprach sie der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 22. Dezember 2004 mit Wirkung ab 1. November 2003 eine ganze Invalidenrente zu (IV-Nrn. 24 und 29).

2. Im Dezember 2005 wurde eine erste Rentenrevision eingeleitet. Die Rente wurde danach unverändert weiter ausgerichtet (IV-Nrn. 33 und 39).

3. Eine zweite Revision erfolgte ab Juni 2007 (IV-Nr. 42). In diesem Zusammenhang wurde die Beschwerdeführerin durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ begutachtet (Gutachten vom 9. März 2009, IV-Nr. 65). Die Rente wurde in der Folge bei einem festgestellten Invaliditätsgrad von 88 % weiterhin ausgerichtet (IV-Nr. 68).

4. Eine nächste Rentenrevision fand ab März 2012 statt (IV-Nr. 70). Es wurden wiederum diverse Berichte eingeholt und die Rente danach unverändert ausgerichtet (Mitteilung vom 10. August 2012, IV-Nr. 79).

### **E. 5**

5.1 Im September 2014 wurde erneut eine Rentenrevision in die Wege geleitet und auch ein Revisionsgespräch durchgeführt (IV-Nrn. 88 und 89). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) wurde ein weiteres, polydisziplinäres Gutachten eingeholt. Dieses wurde am 4. Januar 2016 durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ erstattet (IV-Nr. 98.1).

5.2 Am 31. Mai 2017 erstattete der Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt (IV-Nr. 107).

5.3 Mit Vorbescheid vom 19. September 2017 (IV-Nr. 108) wurde der Beschwerdeführerin die Aufhebung der Rente in Aussicht gestellt. Diese liess daraufhin am

20. Oktober und 24. November 2017 Einwand erheben (IV-Nrn. 110 und 112) und unter anderem ausführen, sie sei erneut operiert worden. Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin weitere medizinische Unterlagen ein und forderte den Abklärungsdienst zur Stellungnahme auf. Diese Stellungnahme wurde am 31. Oktober 2018 (IV-Nr. 118) eingereicht, wobei aufgrund der inzwischen in Kraft getretenen neuen Regelung zur gemischten Methode eine neue Berechnung des Invaliditätsgrads vorgenommen wurde.

5.4 Mit Vorbescheid vom 10. Dezember 2018 (IV-Nr. 119) wurde der Beschwerdeführerin angekündigt, die Rente auf eine Viertelsrente herabzusetzen. Hiergegen liess sie am 3. Januar 2019 (IV-Nr. 120) und 20. Februar 2019 (IV-Nr. 130) wiederum Einwand erheben. Die Beschwerdegegnerin holte einen weiteren Arztbericht ein und unterbreitete diesen dem RAD zur Stellungnahme (IV-Nrn. 132 und 134). Ebenfalls nahm der Abklärungsdienst noch einmal Stellung (IV-Nr. 135).

6. Mit Verfügung vom 2. September 2019 (Aktenseite [A.S.] 1 ff.) setzte die Beschwerdegegnerin die bisherige Rente mit Wirkung ab dem ersten Tag des zweiten Monats der Zustellung der Verfügung auf eine Viertelsrente herab. Einer Beschwerde wurde die aufschiebende Wirkung entzogen. Mit Verfügung vom 11. September 2019 (A.S. 5 ff.) wurde zudem die Rentenberechnung eröffnet.

7. Gegen die genannten Verfügungen lässt die Beschwerdeführerin am 3. Oktober 2019 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (A.S.

## **E. 8**

ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

8. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 5. November 2019 (A.S. 21) unter Verweis auf die angefochtene Verfügung und die Akten auf weitere Ausführungen und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen.

9. Mit Eingabe vom 20. November 2019 (A.S. 23) reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin eine Kostennote zu den Akten.

10. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

## **II.**

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in den angefochtenen Verfügungen (A.S. 1 ff.) dar, die versicherungsmedizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin zwar prä- und postoperativ eine im Rahmen der attestierten Arbeitsunfähigkeitszeiten befristete Reduktion der Arbeitsfähigkeit bestanden habe, diese jedoch aufgrund der Beurteilung der Fusschirurgen als nicht dauerhaft invalidisierend anzusehen sei. Es sei der Beschwerdeführerin damit mindestens seit dem Zeitpunkt der Begutachtung ein Pensum von 50 % zumutbar. Die Einschränkung im Haushalt betrage 7

%. Unter Berücksichtigung der neuen Berechnungsmethode resultiere ab dem 1. Januar 2018 ein Invaliditätsgrad von 45 %, der die Ausrichtung einer Viertelsrente begründe. Das im Revisionsverfahren eingeholte polydisziplinäre Gutachten gebe genügend Auskunft. Die Einschränkung im Haushalt sei im Rahmen der Abklärung Haushalt nachvollziehbar ermittelt worden.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 8 ff.) entgegenhalten, der Abklärungsdienst sei im Zeitpunkt der Abklärung, als die Kinder der Beschwerdeführerin 13 und 14 Jahre alt gewesen seien, zu Recht von einer 80%igen ausserhäuslichen Tätigkeit ausgegangen. Im Verfügungszeitpunkt September 2019 sehe die Situation anders aus. Die Kinder seien weitestgehend selbständig und es sei möglich, einer 100%igen ausserhäuslichen Tätigkeit nachzugehen. Dabei sei zusätzlich zu beachten, dass die Kinder aufgrund der chronischen Erkrankung der Beschwerdeführerin eine überdurchschnittliche Selbständigkeit entwickelt hätten. Diese würden einen wesentlichen Beitrag an die Haushaltsführung leisten. Aufgrund der tatsächlichen Lebenssituation der Familie, des Alters der Kinder sowie der finanziellen Notwendigkeit (der Ehemann der Beschwerdeführerin gehe einer Hilfsarbeitertätigkeit nach) wäre die Familie bei Gesundheit der Beschwerdeführerin auf deren volle Erwerbstätigkeit angewiesen. Zudem sei zu beachten, dass gemäss Scheidungsrecht bei geschiedenen Ehepaaren mit dem Erwachsenwerden der Kinder von der Ehefrau eine vollumfängliche Erwerbstätigkeit erwartet werde. Es sei daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachgehen würde.

Dem Gutachten, insbesondere dem endokrinologischen, könne entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der labilen Stoffwechsellage auch immer wieder psychische Verschlechterungen erleide. So möge tatsächlich für eine leichte Tätigkeit in der Regel eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehen, das sei jedoch in denjenigen Zeiten nicht der Fall, in welchen die Beschwerdeführerin gesundheitliche Einbrüche erleide. Unter Berücksichtigung dieser Einbrüche sei ein leidensbedingter Abzug von 15 % angezeigt. Somit sei der Rechtsanspruch auf eine halbe Rente ohne weiteres gegeben, selbst wenn man nur von einer 80%igen ausserhäuslichen Tätigkeit ausgehen würde.

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]). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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 steht die Aufhebung einer seit 1. November 2003 ausgerichteten Invalidenrente per Ende Oktober 2019 zur Debatte. Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar

2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben 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.

4. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 133). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3). Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, sondern nur, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 385 E. 4.2 S. 391).

Gemäss Art. 88a Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist die anspruchsbeeinflussende Änderung bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung ■ worunter nach Art. 29terIVV eine Zeitspanne von mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen zu verstehen ist ■ drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Abs. 1). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Abs. 2).

5.

5.1 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 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).

5.3 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. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, BGE 104 V 209 S. 212). 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).

5.4 In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die von einer früheren abweichenden ärztlichen Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 2.4).

6.

6.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die mit Verfügung vom 22. Dezember 2004 (IV-Nrn. 24 und 29) zugesprochene ganze Rente zu Recht herabgesetzt wurde. Diese Frage wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 16. Januar 2019 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Im vorliegenden Fall fand die letzte Rentenprüfung im Jahr 2012 statt. Damals wurde beim Hausarzt, Dr. med. D.\_\_\_\_, ein Arztbericht eingeholt, der mit verschiedenen anderen Berichten als Beilage einging (IV-Nr. 71). Des Weiteren lagen Berichte des Spitals E.\_\_\_\_ (IV-Nr. 74) und des behandelnden Endokrinologen Dr. med. F.\_\_\_\_ (IV-Nr. 77) vor. Am 9. August 2012 fand ein Revisionsgespräch statt und die dort anwesende RAD-Ärztin hielt anschliessend fest, der Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert. Die von den behandelnden Ärzten postulierte, allenfalls erreichbare Teilarbeitsfähigkeit hätte nur realisiert werden können, wenn sich die psychische Verfassung stabilisiert und die medizinische Lage insgesamt verbessert hätte, führte sie weiter aus. Beides habe in den letzten drei Jahren nicht erreicht werden können, sondern es zeige sich ein weiter progredienter Krankheitsverlauf (vgl. Protokolleintrag vom 9. August 2012). Im Anschluss wurde der Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass die Rente unverändert ausgerichtet werde. Hierbei kann nicht von einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E. 5.4) ausgegangen werden. Die getroffenen Abklärungen hätten im Falle eines inhaltlich anderen Ergebnisses (Rentenherabsetzung oder -aufhebung) nicht genügt. Damit kann die rentenbestätigende Mitteilung vom 10. August 2012 nicht Vergleichsbasis für die Beurteilung einer revisionsrechtlich relevanten Änderung des Invaliditätsgrades bilden. Es ist auf die zweite Rentenrevision 2007 zurückzugreifen, in deren Rahmen eine umfassende Begutachtung der Beschwerdeführerin erfolgte und danach gemäss Mitteilung vom 14. April 2009 (IV-Nr. 68) weiterhin eine ganze Invalidenrente

ausgerichtet wurde.

6.2 Zum Zeitpunkt der letztmaligen umfassenden Rentenprüfung stellte die Beschwerdegegnerin zur Klärung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C. \_\_\_ vom 9. März 2009 (IV-Nr. 65) ab. Demgemäss lagen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen vor:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

In der Konsensbeurteilung wurde festgehalten, es habe sich in der orthopädischen Untersuchung eine freie Beweglichkeit in allen Bereichen der Wirbelsäule gezeigt, ebenso an den oberen Extremitäten. Am linken Fuss zeige sich eine leichte Inversionsstellung bei fixiertem USG, wodurch es bei normalem Aufsetzen zu einer Mehrbelastung des lateralen Fussrandes gekommen sei. Am linken Knie bestünden deutliche Hinweise auf eine laterale Meniskusläsion, wobei diese Problematik deutlich im Hintergrund stehe. An der linken Hüfte und am rechten Bein sei die Beweglichkeit frei. Neurologisch zeigten sich Hinweise auf eine diabetische Neuropathie. Eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervs bestünden hingegen nicht. Anhand der vorliegenden Bilddokumente des Rückfusses seien korrekte Verhältnisse bei Status nach Marknagel-Arthrodese von OSG und USG zu erheben. Zusammenfassend liessen sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden weitgehend begründen. Es bestehe eine deutlich reduzierte Belastbarkeit des linken Fusses und eine derzeit offene Hautstelle lateral am Metatarsale V mit notwendiger Behandlung bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus. Es müsse deshalb bis auf weiteres von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Ein allfälliger operativer Eingriff würde die Arbeitsunfähigkeit verlängern. Für die angestammte Tätigkeit im Pflegebereich bestehe mit Sicherheit bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit. Bei günstigem Verlauf dürfte sich für rein sitzende Tätigkeiten aus orthopädischer Sicht langfristig keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Aus psychiatrischer Sicht fänden sich in der Untersuchung eine leichte depressive Symptomatik mit depressiven Verstimmungen, erhöhter Ermüdbarkeit, Antriebsstörung und Schlafstörungen sowie Tendenz zu einer gestörten Krankheitsverarbeitung bzw. Schmerzverarbeitungsstörung. Die Beschwerdeführerin sei bisher nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und erhalte auch keine antidepressive Medikation. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der leichten depressiven Episode um 20 % eingeschränkt. Aus allgemein-internistischer Sicht stehe der schlecht eingestellte Diabetes mellitus im Vordergrund. Der HbA1c-Wert habe 9.9 % betragen und anamnestisch bestünden multiple Komplikationen. Aktuell zeigten sich im Labor erhöhte Nierenretentionswerte als Zeichen einer Nephropathie. Es bestehe allgemein-internistisch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Schwere Arbeiten seien nicht zumutbar. Insgesamt wurde aus polydisziplinärer Sicht für die angestammte Tätigkeit im Pflegebereich von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Auch für andere Arbeiten bestand gutachterlich gesehen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wobei sich bei günstigem Verlauf für rein sitzende Tätigkeiten längerfristig eine Arbeitsfähigkeit von 80 % ergeben könnte. Die Situation müsse reevaluiert werden. Für Arbeiten im Haushalt bestehe zum Begutachtungszeitpunkt ebenfalls eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Durch Abheilen der Wunden könnte diese jedoch gesteigert und das frühere Ausmass wieder erreicht werden.

6.3 Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen vom 2. und 11. September 2019 lagen folgende Unterlagen zum medizinischen Sachverhalt vor:

6.3.1 Im zuhanden der Unfallversicherung erstellten orthopädischen Gutachten von Dr. phil. G. \_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_ vom 13. Juni 2014 (IV-Nr. 84 S. 7 ff.) werden die folgenden Diagnosen erhoben:

Unfallfremde Diagnosen:

In der Beurteilung wird dargelegt, der inzwischen gut eingestellte Diabetes führe für sich allein genommen zu keiner Minderung der Leistungsfähigkeit. Von Seiten des linken Fusses bestehe heute eine stabile Situation ohne Hautulzerationen. Der Status quo ante werde am linken Fuss nie mehr zu erreichen sein. Die Tätigkeit als Pflegeassistentin sei dauerhaft nicht mehr möglich. Tätigkeiten mit längerem Stehen und Gehen, mit repetitiven höheren Gewichtsbelastungen von mehr als 5 kg und Tätigkeiten mit wiederholtem Treppensteigen seien dauerhaft nicht mehr zumutbar. Unter ausschliesslicher Berücksichtigung der unfallbedingten Beeinträchtigungen am linken Fuss seien Arbeiten in Wechselposition, überwiegend sitzend, ohne zeitliche Einschränkungen und mit 100 % Leistung zumutbar. Sporadisches Heben von Lasten bis 5 kg könne ebenfalls zugemutet werden.

6.3.2 In seinem Arztbericht vom 28. November 2014 (IV-Nr. 91 S. 5) diagnostiziert Dr. med. F. \_\_\_ einen in den letzten zwei Jahren in seinen Auswirkungen und Komplikationen unverändert gebliebenen Diabetes mellitus Typ 1, mit schwerer autonomer und peripherer Neuropathie, einem diabetischen Fuss links, Charcot-Neuroarthropathie, Status nach Kalkaneusfraktur mit konsekutiv eingeschränkter Belastbarkeit, proliferativer Retinopathie mit Makulaödem beidseits, Status nach Lasertherapie, Nephropathie mit Proteinurie sowie renaler Anämie. Des Weiteren wird eine Depression diagnostiziert.

Der Endokrinologe führt aus, das Risiko schwerer Hypoglykämien habe sich verbessert. Die Beschwerdeführerin verspüre keine Symptome beim Auftreten solcher. Seit gut einem Jahr werde das Risiko durch entsprechende Hilfsmittel (kontinuierliche Blutzuckermessung) deutlich vermindert. Dies habe auch zu einer gewissen Stabilisierung der psychischen Situation geführt. Eingeschränkt bleiben würden die körperliche Belastbarkeit, auch im Haushalt, sowie die psychische Situation. Die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Pflegeassistentin werde nicht möglich sein. Die Gesamtsituation könnte jedoch verbessert werden, wenn in einem beschränkten zeitlichen Rahmen eine entsprechende Tätigkeit gefunden würde, die die obigen Einschränkungen berücksichtige.

6.3.3 Im Revisionsverfahren wurde bei der Begutachtungsstelle C. \_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt, welches am 4. Januar 2016 von Dr. med. I. \_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie, Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. K. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Dr. med. L. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, Prof. Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für Endokrinologie, und Dr. med. N. \_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie, erstellt wurde.

6.3.3.1 Zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wird ausgeführt, diese habe angegeben, unter chronischen Fusschmerzen links zu leiden. Insgesamt sei sie sechsmal operiert worden, wobei das Gelenk zuletzt versteift worden sei. Im März 2009 habe man das Material wegen eines Infekts entfernt. 2011 habe sie eine Knocheninfektion in der linken Zehe gehabt, was man antibiotisch behandelt habe. Seither sei es zu keinen weiteren

Infekten gekommen. Allerdings leide sie unter belastungsabhängigen Schmerzen und einem Taubheitsgefühl. Nachts könne sie wegen Schmerzen nicht gut schlafen. Gelegentlich sei der links Fuss geschwollen. Auch leide sie unter tieflumbalen Schmerzen und gelegentlich Knieschmerzen links. Sie habe eine chronische Nackenverspannung, ausstrahlend in beide Schultern. 1991 habe man Diabetes mellitus Typ I diagnostiziert. Die kontinuierliche Blutzuckermessung sei eingestellt worden, weil man damit die Blutzuckereinstellung nicht habe verbessern können. Seit einem Jahr habe sie keine Hypoglykämien mehr. Später habe sie angegeben, vor sechs Monaten ins Koma gegliitten zu sein, weil sie nach einer Zahnbehandlung nichts habe essen können. Wegen des Diabetes habe sie Gefühlsstörungen in beiden Füßen. Die Nieren seien angegriffen. Sie leide unter Sodbrennen und habe Reflux. Ihr Blutdruck sei tief. Sie habe Eisenmangel und Blutarmut. Sie sei chronisch müde und leide unter Schlafstörungen. Psychisch gebe die Beschwerdeführerin keine spezifischen Beschwerden an. Sie gehe nicht zur Psychotherapie und nehme keine Medikamente. Die Hausarbeiten tätige sie selber. Sie brauche jedoch viel Zeit dafür. Den Einkauf übernehme der Ehemann. Sie stehe um 05.45 Uhr für das Morgengebet auf, definitiv dann um 06.45 Uhr. Sie bereite das Frühstück für die Familie vor, selber esse sie nichts. Danach schaue sie, dass die Kinder in die Schule kämen und mache anschliessend die Morgentoilette. Hinterher tätige sie kleinere Hausarbeiten. Sie müsse sich bereits viel Zeit nehmen, um die Mittagsmahlzeit zuzubereiten. Sowohl die Kinder als auch der Ehemann kämen nach Hause. Am Nachmittag sei sie meistens zu Hause, mache abermals kleine Hausarbeiten, führe Gespräche mit dem Ehemann und den Kindern. Gegen 21.00 Uhr gehe sie zu Bett. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme könne sie sich keine berufliche Erwerbstätigkeit vorstellen. Bei voller Gesundheit würde sie 100 % arbeiten. Aktuell könne sie sich keine Tätigkeit vorstellen, die noch möglich wäre.

6.3.3.2 Im allgemeininternistischen Teil wird festgehalten, es stehe ein seit 1991 bekannter insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ I im Vordergrund mit Schädigung sämtlicher Zielorgane. So seien eine diabetische Retinopathie, eine diabetische Polyneuropathie sowie eine diabetische Nephropathie zu nennen. Die Beschwerdeführerin esse sehr unregelmässig, obwohl sie instruiert zu sein scheine. Aus rein allgemeininternistischer Sicht sei indessen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Das gelte auch retrospektiv.

6.3.3.3 In der psychiatrischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin angegeben, es gehe ihr nicht gut. Seit

## **E. 12**

Jahren habe sie stets die gleichen Beschwerden, Fussbeschwerden links. Seit der letzten Operation 2011 habe sie mehr Schmerzmittel gebraucht. Der Zucker sei nicht gut eingestellt. Seit 1991 müsse sie Insulin spritzen. Der Appetit sei schlecht. Mit dem Schlafen in der Nacht gehe es, wenn es mit dem Fuss ruhig sei. Am Tag sei sie ständig müde. Es gebe immer wieder Zeiten, wo sie einige Tage nicht schlafen könne. In psychiatrischer Behandlung sei sie nicht. Sie brauche keinen Psychiater. 2011 sei sie in der Klinik gewesen, aber dort sei es laut gewesen und sie sei sich die vielen Leute nicht gewohnt gewesen. Sie habe nämlich nur noch Kontakte in der Familie. Der Familienzusammenhalt sei sehr gut. Sie habe seit 2003 nicht mehr gearbeitet, nachdem sie den Unfall gehabt habe.

Es werden folgende Befunde erhoben: Die affektive Modulation sei im Gespräch etwas eingeschränkt. Der affektive Kontakt sei gut herstellbar. Die Stimmung sei leicht depressiv. Die Beschwerdeführerin habe erhöhte Ermüdbarkeit, zeitweilige Schlafstörungen und einen

verminderten Appetit angegeben. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen gebe es nicht. Die Vigilanz sei nicht gestört. Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis seien sonst nicht beeinträchtigt. Das Denken sei formal geordnet und inhaltlich hätten keine Ich-Störungen bestanden. Eine Zirkadianität sei nicht ausgeprägt. Hinweise auf Suizidalität beständen nicht.

Zu den gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 141 V 281) festgelegten Indikatoren hält der psychiatrische Gutachter Folgendes fest: Hinsichtlich des Gesundheitsschadens habe sich an objektiven Befunden im aktuellen Gespräch eine leicht verminderte Freudeempfindungsfähigkeit gefunden. Die Beschwerdeführerin klage vor allem über Fusschmerzen links und gebe eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und verminderten Appetit an. Es bestehe eine finanzielle Abhängigkeit von der IV-Rente. Ein deutlich aufmerksamkeitsuchendes Verhalten habe im psychiatrischen Gespräch nicht bestanden. Zur Persönlichkeit wird festgehalten, deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung beständen nicht. Dagegen spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Ressourcen bezüglich einer Erwerbstätigkeit beständen wenige. Die Beschwerdeführerin habe aber einen Berufsabschluss. Sie habe sich auch stets ihren Aufgaben als Hausfrau und Mutter gewidmet. Zum sozialen Status sei zu sagen, dass eine chronische Beschwerdesymptomatik bestehe, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht gebessert habe. Die Beschwerdeführerin möchte die Rente nicht verlieren. Es bestehe ein Migrationshintergrund. Sonst gebe es keine lebensgeschichtlich frühen Belastungen, die eine deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken. Die Beschwerdeführerin habe gute Kontakte zur Familie. Es bestehe ein guter Zusammenhalt. Zu Kolleginnen habe sie keine Kontakte mehr. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bestehe nicht und werde von der Beschwerdeführerin auch nicht gewünscht. Eingliederungsmassnahmen seien zumutbar, würden aber keinen Sinn machen wegen der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung bzw. müsste die Beschwerdeführerin zuerst dazu motiviert werden. Im Rahmen der zu prüfenden Konsistenz sei anzumerken, dass es der Beschwerdeführerin trotz subjektiv starker Beschwerden möglich sei, jeweils in die Heimat Mazedonien zu reisen. Sie sei sehr unsicher, ob sie wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne und zu wieviel Prozent. Im Haushalt fühle sie sich auch nicht immer voll einsatzfähig. Kontakte zu Kolleginnen habe sie keine mehr. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens sei sie deutlich aktiver gewesen und sei auch eine Zeit lang einer Erwerbstätigkeit im erlernten Beruf nachgegangen.

Zusammenfassend diagnostiziert der Gutachter eine leichte depressive Episode, wobei hinsichtlich der somatischen Beschwerden keine psychische Überlagerung gegeben sei. Im Rahmen der Depression sei aber eine Somatisierung mit subjektiv verstärkten somatischen Beschwerden möglich. Eine antidepressive Medikation könnte hilfreich sein, sei aber nicht unbedingt notwendig. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, nicht mehr arbeiten zu können, könne mit objektiv erheblichen psychiatrischen Befunden nicht begründet werden. 2011 hätten die psychiatrischen Dienste [...] eine mittelgradige depressive Episode (recte: schwer) diagnostiziert. Es sei gut möglich, dass diese damals stärker ausgeprägt gewesen sei. Gemittelt über den Verlauf könne hier aber von der aufgrund der heutigen Untersuchung gestellten Diagnosen einer leichten depressiven Episode ausgegangen werden, die sich leichtgradig einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. In der

angestammten Tätigkeit und in somatisch angepassten Tätigkeiten bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, realisierbar auch in einem ganztägigen Pensum mit der Möglichkeit von vermehrten Pausen.

6.3.3.4 Im orthopädischen Teil wird zur Befundlage angegeben, die Beschwerdeführerin entkleide sich im Sitzen ohne sichtbare Einschränkung flüssig. Beim ebenen Barfußgang zeige sich ein deutliches, linksseitiges Hinken, im Bereich der Wirbelsäule eine deutliche Protraktion des Kopfes und weniger auch der Schultern. Der Finger-Boden-Abstand betrage 0 cm mit Schmerzangabe im Bereich des dorsalen Beckenkamms links. Bei der Rotation beidseits würden Schmerzen an den lateralen Rippenbögen angegeben. Eine Druckdolenz bestehe nur auf Höhe der mittleren BWS paravertebral rechts, dies von geringer Ausprägung. Im Bereich der HWS bestehe eine nicht klar fassbare Druckdolenz paravertebral rechts, dies ohne relevante muskuläre Verspannungen. Im Bereich der Hüfte zeige sich rechts ventral, lateral und trochantär eine Druckdolenz ohne klare anatomische Zuordenbarkeit. Bei der funktionellen Prüfung beidseits bestehe eine erhebliche inguinale Schmerzangabe. Unter anderem die kurzen Aussenrotatoren seien massiv muskulär verkürzt. Das rechte Knie sei minim überwärmt bei fehlender Ergussbildung beidseits. Oberhalb der Patellabasis rechts bestehe eine exquisite Druckdolenz. Die Meniskusprovokationstests seien beidseits negativ. Im Bereich der Füße zeige sich links eine Verbreiterung des Rückfusses, mit blanden Operationsnarben und einer erheblich vermehrten plantaren Beschwiellung lateral. Der A. tibialis posterior links sei nicht sicher und die übrigen Fusspulse beidseits seien durchaus kräftig tastbar. Rechts bestehe keine Druckdolenz, links dagegen am Rückfuss dorsal, lateral und plantar. Rechts sei die Beweglichkeit an Vor- und Rückfuss frei. Links zeigten sich nach Versteifung des Rückfusses stabile Verhältnisse sowie eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit des Vorfusses. Im Bereich der Schulter zeige sich eine ubiquitäre Druckdolenz skapulär rechts. Der Cross body- und Impingement-Test rechts präsentiere sich mit ausschliesslicher Schmerzangabe am proximalen dorsalen Oberarm, links sei er dezidiert.

Insgesamt beklage die Beschwerdeführerin chronische linksseitige Fussbeschwerden nach vor dreizehn Jahren erlittener Kalkaneusfraktur und im Verlauf bei Diabetes mellitus Typ I entstandener Charcot-Neuroarthropathie samt ausgedehnter Osteodestruktion. Trotz wiederholter Eingriffe persistierten Schmerzen am Rückfuss und am äusseren Abschnitt. Zusätzlich bestünden Schmerzen an der Kniekehle und am dorsalen Beckenkamm dieser Seite sowie seit etwa zwei Jahren rechtsseitige Schulter- und Nackenbeschwerden. Vor allem durch die Fussbeschwerden sehe sich die Beschwerdeführerin im Alltag massiv eingeschränkt. Auf orthopädischer Ebene seien diesbezügliche Befunde objektivierbar (deutliches linksseitiges Hinken, Voranstellen des rechten Fusses beim Treppenabgehen). Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, desgleichen an allen Extremitäten mit Ausnahme des linken Fusses nach Arthrode und deutlich auch im Vorfussbereich. Bei Überlastung des lateralen Fussrandes bestehe hier eine erheblich vermehrte Beschwiellung. Die an der rechten Schulter im dorsalen Abschnitt des Oberarms angegebenen Beschwerden könnten nicht klar zugeordnet werden, wobei Hinweise für ein subakromiales Impingement oder eine Läsion von Rotatorenmanschette, langer Bizepssehne oder Akromioklavikulargelenk fehlten. Auf radiologischer Ebene bestünden regelrechte postoperative Verhältnisse am linken Rückfuss. Die angegebene Überlastung des lateralen Fussrandes finde dabei klinisch ein klares Korrelat, so dass hier auf eine weitere Bildgebung verzichtet werden könne.

Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sich die am linken Fuss beklagten Beschwerden klinisch und radiologisch klar nachvollziehen liessen. Wenig fassbar sei die Symptomatik im Schulter-/Nackebereich, während bezüglich der poplitealen Beschwerden die erheblichen muskulären Verkürzungen der unteren Extremität eine Rolle spielten. Gleichzeitig sei zu betonen, dass die Beschwerdeführerin darüber berichte, den ganzen Haushalt zu führen und vor mehreren Monaten den Führerschein gemacht zu haben. Auch die massiv vermehrte Beschwierung der Hände sei mit einer längerdauernden körperlichen Schonung keinesfalls vereinbar. Für die angestammte Tätigkeit in der Krankenpflege bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, überwiegend sitzende Verrichtungen liege eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Seit dem Gutachten vom 9. März 2009 sei es zu keiner Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Auf beruflicher Ebene wäre eine Reintegration in den Arbeitsprozess dringend anzustreben, doch könnten hier bei offensichtlich vollständig fehlender Motivation keine Vorschläge gemacht werden.

6.3.3.5 Im neurologischen Befund präsentiere sich gemäss gutachterlicher Beschreibung an Kopf und Hals ein unauffälliger Status, bei den Hirnnerven ebenfalls. Hinsichtlich der Reflexe sei der ASR links bei Versteifung nicht prüfbar. Im Bereich der Extremitäten sei der Muskeltonus unauffällig. Es bestehe eine Atrophie des Unterschenkels links. Zur Motorik sei festzuhalten, dass das Gangbild durch ein leichtes Verkürzungshinken links gekennzeichnet sei. Zehenstand und -gang links seien nicht durchführbar, der Romberg leicht unsicher. Bezüglich Sensibilität bestehe eine leichte distal betonte Minderempfindung für Berührungsreize. Der Lasègue sei negativ.

Somit werde das neurologische Gebiet bezüglich des linken Fusses tangiert von einer bekannten Polyneuropathie mit erloschenen Reflexen, Pallhypästhesie und hieraus resultierend kleinen Unsicherheiten bei den Koordinationstests. Mitgenannt werde in den Unterlagen eine autonome Neuropathie, welche die Wahrnehmung der früheren Hypoglykämien erschwert habe. Dies sei plausibel, könne jetzt aber weder bestätigt noch widerlegt werden. Hirnorganische Veränderungen aufgrund der Hypoglykämien könnten nicht erkannt werden. Andererseits sei als Folge ein vermehrtes Erschöpfungsgefühl denkbar, zumal als Folge der diabetischen Nephropathie eine Anämie angenommen werde. Die Polyneuropathie bedinge Einschränkungen für Arbeiten mit Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen. Solche wie überhaupt gehende oder stehende Tätigkeiten würden ausscheiden. Arbeiten mit Wechselschichten seien aufgrund des Diabetes nicht möglich, Tätigkeiten mit Anforderungen an ein gutes Sehvermögen aufgrund der Retinopathie. Das Fatigue-Syndrom bedinge auch für körperlich leichte Arbeiten in sitzender Stellung einen vermehrten Zeitbedarf. Gesamthaft sei aus neurologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit auf 70 % beschränkt. Der Beginn könne nicht genau datiert werden, gelte aber sicher ab Untersuchungszeitpunkt. Im Vergleich zum Gutachten der Unfallversicherung vom 27. Mai 2014 wirke der Zustand eher verschlechtert, so dass auch für einfache, adaptierte Tätigkeiten eine quantitative Einschränkung bestehe.

6.3.3.6 Im Bereich der Nephrologie wird dargelegt, bei einem seit 1991 bekannten Diabetes mellitus sei eigentlich bereits von Beginn an von einer Nierenaffektion gesprochen worden. Die Beschwerdeführerin selber verspüre diesbezüglich eigentlich nichts. Im Verlauf der Jahre sei es dann zu einer Verschlechterung der Nierenwerte gekommen. Sie sei bezüglich der Nieren indessen beschwerdefrei und gebe nur an, Unterschenkelödeme links zu haben. Sie leide auch unter einer Eiweissausscheidung im Urin, wobei sie aber nicht spezifisch

behandelt werde. Zusammenfassend liege eine stabile leichte Niereninsuffizienz vor ohne renal bedingte Folgeschäden. Überdies könne eine Proteinurie nachgewiesen werden im nicht nephrotischen Bereich. Es liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

6.3.3.7 Im endokrinologischen Teil hält der Experte fest, der Diabetes mellitus Typ 1 werde nach funktioneller Insulintherapie behandelt. Die Blutzuckereinstellung sei aufgrund rezidivierender Hypoglykämien und unregelmässiger Nahrungszufuhr erschwert. Die HbA1c-Werte hätten in den letzten Jahren zwischen 7 % und 9 % geschwankt. Es bestehe eine ausgeprägte Hypoglykämieeigung bei verminderter Hypoglykämie-Wahrnehmung. Durch Einsatz einer kontinuierlichen Blutzucker-Messung habe das Risiko schwerer Hypoglykämien reduziert werden können, was sich auch auf den psychischen Zustand ausgewirkt habe. Die diesbezügliche Angst der Beschwerdeführerin habe deutlich abgenommen. Bezüglich diabetischer Spätkomplikationen bestünden multiple angiopathische Veränderungen. Bekannt sei eine proliferative Retinopathie mit Status nach Laserbehandlung. Zudem bestehe ein beidseitiges Makulaödem. Der Visus sei wechselnd, aber stabil. Im Weiteren bestehe eine schwere autonome und periphere Neuropathie.

Zusammengefasst zeige sich bei der Beschwerdeführerin bei seit 24 Jahren bekanntem Diabetes mellitus Typ 1 eine ungenügende Blutzucker-Kontrolle mit labiler Stoffwechsellage. Durch eine intensive diabetologische Betreuung und Einsatz von Hilfsmitteln habe die Hypoglykämierate in den letzten Jahren gesenkt werden können. Dennoch lägen die gemessenen Blutzucker-Werte als auch das HbA1c deutlich über dem gewünschten Zielbereich. Komplizierend bestünden multiple mikrovaskuläre Veränderungen, im Vordergrund stünden eine proliferative Retinopathie sowie eine schwere autonome und periphere Neuropathie. Wegen der labilen Stoffwechsellage mit häufigen Hypoglykämien seien Arbeiten mit potenzieller Selbst- oder Fremdgefährdung ungeeignet. Zudem sollte die Beschwerdeführerin bei jeglichen Tätigkeiten jederzeit die Möglichkeit haben, den Blutzucker zu messen und sich entweder Insulin zu applizieren oder Kohlenhydrate zu sich zu nehmen. In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus endokrinologischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Für angepasste, wechselbelastende Tätigkeiten (vor allem sitzende Positionen) sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dies decke sich mit der Beurteilung des behandelnden Diabetologen.

6.3.3.8 Im ophtalmologischen Teil wird schliesslich festgehalten, aufgrund einer proliferativen diabetischen Retinopathie sei bei der Beschwerdeführerin an beiden Augen eine Pan-Laserkoagulation der Netzhaut durchgeführt worden. Sie beklage eine schwankende Sehschärfe an beiden Augen. Ausserdem fühle sie sich oft geblendet und verspüre gelegentlich ein Druckgefühl hinter den Augen. Es bestehe beidseits eine Ischämie der Makula mit zentraler Atrophie, die eine Reduktion der Sehschärfe verursacht habe. Darüber hinaus bestehe eine geringe Linsentrübung, die eine weitere Reduktion der Sehschärfe und eine vermehrte Blendungsempfindlichkeit erzeuge. Aus ophtalmologischer Sicht bestehe eine 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle in der freien Wirtschaft verwertbaren beruflichen Tätigkeiten, welche durchschnittliche Anforderungen an die Sehfähigkeit stellten.

6.3.3.9 Die Gutachterinnen und Gutachter erheben in ihrer Konsensbeurteilung zusammengefasst folgende Diagnosen:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

6.3.4 Beim Spital O.\_\_\_\_ wurde aufgrund einer zwischenzeitlich stattgefundenen, erneuten Fussoperation ein Arztbericht eingeholt. Den vom Spital eingereichten verschiedenen Berichten (IV-Nr. 114) lässt sich entnehmen, dass am linken Fuss eine Pseudoarthrose subtalar und CC-Gelenk sowie eine Anschlussarthrose im TN Gelenk bestanden. Die Beschwerdeführerin war vom 3. bis 9. November 2017 hospitalisiert und es wurden am USG eine Re-Arthrodese mit Beckenkamm-Spongiosa sowie eine Chopart Arthrodese mit Korrektur des Alignements durchgeführt. Der peri- und postoperative Verlauf sei gut gewesen. Am 5. Februar 2018 habe sich die Beschwerdeführerin ausserplanmässig vorgestellt, weil sie einen Infekt am Unterschenkel befürchtet habe. Dies habe laborchemisch und radiologisch ausgeschlossen werden können.

6.3.5 Gemäss Berichten des Spitals P.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 21. September, 27. September, 3. Oktober und 20. Oktober 2018 (IV-Nr. 130 S. 17 ff.) fanden zwei weitere Operationen aufgrund einer Osteomyelitis proximale Phalanx Digitus II am Fuss rechts statt. Der betroffene Zeh musste teilamputiert werden. Die Beschwerdeführerin befand sich vom 13. bis 27. September 2018 und vom 3. bis 17. Oktober 2018 in einem stationären Aufenthalt. Der peri- und postoperative Verlauf gestaltete sich jeweils komplikationslos. Hierzu berichtete das Spital auch in einem von der Beschwerdegegnerin eingeforderten Arztbericht vom 11. März 2019 (IV-Nr. 132). Aus den hierzu beigelegten Sprechstundenberichten ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin über Schmerzen lateral der Amputation berichtet. Das Metarsale-II-Köpfchen sei wahrscheinlich überlastet, so dass sich die Beschwerdeführerin eine Fraktur zugezogen habe und das Metatarsale III etwas verkürzt worden sei. Bis zur Ausheilung wurde eine entsprechende Schuhzurichtung mit harter Sohle empfohlen. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 3. bis 28. Oktober 2018 attestiert.

7.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung für die Klärung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2016 ab. Der Beweiswert desselben wird nicht bestritten und ist auch als gegeben zu erachten. Das Gutachten wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten, in Kenntnis der gesamten Aktenlage sowie nach jeweiliger einlässlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin mit gleichzeitiger Ermittlung und Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden erstellt. Insofern sind die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Mit Verweis auf die oben stehenden Erwägungen (6.3.3) kann weiter festgehalten werden, dass die Gutachterinnen und Gutachter inhaltlich zu nachvollziehbaren Schlussfolgerungen in Bezug auf Diagnostik sowie Auswirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit kommen. Des Weiteren wird klar und einleuchtend dargelegt, dass sich seit der letzten Begutachtung und anschliessenden Rentenbestätigung im Jahr 2009, also dem fraglichen Referenzzeitpunkt, insgesamt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingestellt hat. In der durchgeführten Konsensbeurteilung wird plausibel dargelegt, dass die Beschwerdeführerin bei seit 1991 bekanntem Diabetes mellitus Typ 1 mit konsekutiver Schädigung sämtlicher Zielorgane im Kontext einer diabetischen Neuropathie eine schwere Charcot-Neuroarthropathie mit konsekutiv notwendigen diversen orthopädischen Eingriffen entwickelt habe. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund einer leichten depressiven Episode um 20 % eingeschränkt. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine

100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin. In einer körperlich leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit sei sie in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. In dieser Hinsicht hat sich der im Rahmen der Begutachtung 2009 in Aussicht gestellte verbesserte Verlauf (Abheilung der offenen Wunden) eingestellt. Aus neurologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit bedingt durch das Fatigue-Syndrom 70 %. Nephrologisch gesehen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus endokrinologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, wechselbelastenden, vor allem sitzenden Tätigkeit 50 %. Aus ophtalmologischer Sicht bestehe eine 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten, die durchschnittliche Anforderungen an die Sehfähigkeit stellten. Aus allgemeininternistischer Sicht könnten keine weitere die Arbeitsfähigkeit tangierenden Diagnosen festgehalten werden. Zusammenfassend bestehe für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie Tätigkeiten, die vorwiegend stehend und gehend durchzuführen seien sowie für Tätigkeiten, welche hohe Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen stellten, eine volle Arbeitsunfähigkeit. Das betreffe auch die angestammte Tätigkeit. In einer körperlich leichten, gut adaptierten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %. Die Einschränkungen aus psychiatrischer, neurologischer, diabetologischer und ophtalmologischer Sicht ergänzten sich bezüglich möglicher Pausen, es entstehe kein additiver Effekt. Das Pensum könnte über vier bis sechs Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeit, bei der Arbeit Pausen einzuschalten oder stundenweise zu arbeiten. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Einschränkung im oben genannten Ausmass seit längerer Zeit, mit Sicherheit ab 2015, anzunehmen sei. Für die häuslichen Tätigkeiten mit intermittierend mittelschweren Tätigkeitsanteilen, jedoch Möglichkeit zur selbständigen Einteilung des Arbeitspensums, bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Die Diskrepanz zwischen der hier getroffenen Einschätzung und derjenigen der Beschwerdeführerin sei dadurch begründet, dass diese davon ausgehe, zu keiner Zeit Beschwerden verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Weiter sei auf die mangelnde Compliance hinsichtlich der diabetologischen Problematik hinzuweisen. Im Vergleich zum Vorgutachten vom 9. März 2009, wo nach gutem Verlauf in einer adaptierten Tätigkeit von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden sei, sei diese Einschätzung aktuell insbesondere aus endokrinologischer und neurologischer Sicht nicht mehr aufrechtzuerhalten. Auf diese gutachterliche Gesamteinschätzung kann abgestellt werden, sie steht auch nicht in Diskrepanz zu anderen Arztberichten.

7.2 Die nach der Begutachtung eingegangenen Berichte ändern ebenfalls nichts am obigen Ergebnis. Aus diesen kann keine zwischenzeitlich wieder erfolgte relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes abgeleitet werden. Der RAD, in der Person von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hat am 22. März 2019 dazu Stellung genommen (IV-Nr. 134). Der dortigen Einschätzung, dass der in der medizinischen Beurteilung vom 11. März 2019 beschriebene Gesundheitszustand besserungsfähig sei, ist zuzustimmen. Dies wurde auch im entsprechenden Bericht des Spitals P.\_\_\_\_ so festgehalten und lediglich eine vom 3. bis 28. Oktober 2018 zeitlich begrenzte Arbeitsunfähigkeit attestiert. Somit ist gestützt auf die beweiskräftige gutachterliche Einschätzung von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in

einer körperlich leichten, gut adaptierten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit auszugehen.

8.

8.1 Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens in einem 50%-Pensum tätig. 2003 und 2004 wurde sie Mutter. Die Beschwerdegegnerin hat für die Berechnung des Invaliditätsgrades die sogenannte gemischte Methode angewendet.

8.2 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). Nach der am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Bestimmung von Art. 27bis Abs. 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. 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) sollte bis zum Inkrafttreten der neuen, generell-abstrakten Regelung am 1. Januar 2018 im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung kommen.

9.

9.1 Zu prüfen ist zunächst 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 15 E. 3.1 S. 20, 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 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).

9.2 Für den konkreten Fall lässt sich den Akten Folgendes entnehmen: Die Beschwerdeführerin hat seit ihrer Migration in die Schweiz im Jahr 2000 als Pflegeassistentin gearbeitet, zunächst in einem 100%-Pensum, ab Juni 2001 in einem Pensum von 50 %. Seit dem 27. November 2002 ist sie keiner Tätigkeit mehr nachgegangen (IV-Nr. 6 S. 1). Das Arbeitsverhältnis im Spital B.\_\_\_\_ wurde aus gesundheitlichen Gründen beendet (IV-Nr. 6 S. 6). 2003 und 2004 kamen die Kinder der Beschwerdeführerin zur Welt. Sie ging bereits vor den Geburten aus gesundheitlichen Gründen keiner Arbeit mehr nach. Es lassen sich daher aus der Biografie allein keine Rückschlüsse darauf ziehen, inwiefern die familiären Umstände allein eine Änderung des Arbeitspensums zur Folge gehabt hätten. Im Rahmen der ersten Haushaltsabklärung vom 9. November 2004 (IV-Nr. 23) hatte die Beschwerdeführerin angegeben, sie würde im Gesundheitsfall 50 % arbeiten. Einerseits erfreue sie sich an der Abwechslung durch die Arbeit, andererseits sei die finanzielle Situation angespannt. Mit zwei Kindern zu arbeiten (die Geburt des zweiten Kindes stand damals bevor) sei zwar schwierig, es wäre aber wegen der finanziellen Situation nötig. Ihre Mutter, die im gleichen Haushalt lebe, könne zu den Kindern schauen. Im Rahmen der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vom 9. März 2009 (IV-Nr. 65) gab sie an, sie würde im Gesundheitsfall 100 % arbeiten. Die gleiche Angabe machte die Beschwerdeführerin anlässlich der im fraglichen Revisionsverfahren durchgeführten Begutachtung (IV-Nr. 98.1 S. 17). Bei der Haushaltsabklärung vom 31. Mai 2017 (IV-Nr. 107) führte sie schliesslich zu dieser Thematik befragt aus, ihre Schwägerin habe Kinder im gleichen Alter wie sie. Ihre Mutter beaufsichtige diese Kinder. Wenn sie selber ausserhäuslich tätig wäre, könnte ihre Mutter auch zu ihren Kindern schauen. Es sei aber nicht so einfach zu handhaben, da die Mutter nicht im gleichen Haushalt lebe und zeitlich schon ziemlich ausgelastet sei. Mit der Schichtarbeit ihres Ehemannes wäre es ihr daher möglich, 80 % zu arbeiten. Von diesen Angaben ist die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung schliesslich ausgegangen, was unter Berücksichtigung der Gesamtumstände nicht zu beanstanden ist. Im Gegensatz zu den früheren Aussagen im Rahmen der beiden Gutachten, wonach die Beschwerdeführerin einer 100%igen ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen würde, gab sie in der Abklärung bekannt, dass ihre Mutter (die die Betreuungsaufgaben übernehmen würde) nicht mehr wie früher im gleichen Haushalt wohne (die Beschwerdeführerin und ihre Familie sind zwischenzeitlich umgezogen) und auch bereits die Kinder ihrer Schwägerin betreue. Ihre Kinder waren zum Zeitpunkt der Abklärung 13 und 14 Jahre alt, zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 15 und 16 Jahre alt. Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, dass ihre Kinder weitestgehend selbständig seien und diese Selbständigkeit aufgrund der Krankheit der Mutter auch schon früh entwickelt hätten. Zudem gehe ihr Mann nur einer Hilfsarbeitertätigkeit nach, weshalb man auf ein zusätzliches Einkommen angewiesen sei. Es sei weiter zu beachten, dass im Scheidungsrecht von der alleinerziehenden Mutter eine vollumfängliche Erwerbstätigkeit erwartet werde. Die Kinder der Beschwerdeführerin waren bereits im Rahmen der Abklärung 2017 im Oberstufenalter. Inwiefern sich bis zum Verfügungszeitpunkt hinsichtlich Betreuung eine wesentliche Änderung eingestellt haben

sollte, ist daher nicht ersichtlich. Zudem hängt der Status nicht ausschliesslich von der Kinderbetreuung ab. Die Haushaltsführung obliegt im vorliegenden Fall im Wesentlichen der Beschwerdeführerin. Beispielsweise wird angegeben, der Ehemann könne nicht kochen, weshalb sie alle Speisen zubereite. Es verhält sich demnach auch nicht so, dass die Kinder in diesem Bereich selbständig agieren. Die Erwerbssituation des Ehemannes war zum Verfügungs- und Abklärungszeitpunkt ebenfalls die gleiche. Zur Argumentation bezüglich Scheidungsrecht ist zu sagen, dass hier die konkreten Verhältnisse zu prüfen sind, weshalb es für den vorliegenden Fall nicht relevant ist, ob der Beschwerdeführerin im (abstrakten) Scheidungsfall eine volle Erwerbstätigkeit zuzumuten wäre. Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall einem 80%-Pensum nachgehen würde.

10. Die Beschwerdegegnerin stellte zur Beurteilung der invaliditätsbedingten Einschränkungen im Haushalt auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 31. Mai 2017 (IV-Nr. 107) und die Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (IV-Nr. 118) ab. Es stellt sich damit zunächst die Frage, ob dieser eine genügende Grundlage darstellt. Die Beschwerdeführerin lässt beschwerdeweise nichts dagegen vorbringen, wohingegen im Einwandverfahren die ermittelte Einschränkung im Haushalt noch beanstandet wurde.

10.1 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 muss schliesslich 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 ungläubwürdigen 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).

10.2 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 ihr 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 Gutachten wird im Bericht aufgeführt. Zudem enthält dieser auch die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zur aktuellen gesundheitlichen Situation und ihren Aufgaben im Haushalt. Diese werden im Beschwerdeverfahren auch nicht bestritten. Hinsichtlich der Festlegung der prozentualen Einschränkung ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass ein gerichtlicher Eingriff das Ermessen der Abklärungsperson nur bei klar feststellbaren Fehleinschätzungen angezeigt ist. Eine solche ist vorliegend nicht ersichtlich. Die Feststellungen der Abklärungsfachfrau erscheinen plausibel und schlüssig. Sie stützt sich in allen Bereichen auf die Angaben der Beschwerdeführerin, weicht nicht von diesen ab und kommt gestützt darauf zum Schluss, dass gesamthaft eine Einschränkung von 7 % bestehe. Inwiefern diese Einschätzung unter Berücksichtigung der dargelegten Einschränkungen klar fehlerhaft wäre, ist nicht ersichtlich. Die Beschwerdeführerin gibt zwar im Einwandverfahren an, für das Zubereiten der Mahlzeiten sehr lange zu brauchen. Dennoch bereitet sie nach wie vor täglich das Essen für die ganze Familie alleine zu. Bei der Wohnungspflege wird eine Einschränkung von 20 % zugestanden, da die Beschwerdeführerin lediglich Arbeiten auf Körperhöhe verrichtet. Auch die beim Einkauf und bei der Wäsche und Kleiderpflege vorgenommene Einschätzung einer 10%igen bzw. 0%igen Einschränkung erscheint aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin die Wäsche selber erledigt und Grosseinkäufe vom Ehemann erledigt werden, plausibel. Bei der Kinderbetreuung wird aufgrund von Einschränkungen bei den Freizeitaktivitäten eine Einschränkung von 20 % veranschlagt. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht ist es den Familienangehörigen zuzumuten, die Beschwerdeführerin im Haushalt zu unterstützen. Hierbei liegt, wie die Abklärungsfachfrau in ihrer Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 zu Recht festhält, auch der Unterschied zur gutachterlich attestierten Einschränkung im Haushalt von 30 %, die die familiäre Mitwirkungspflicht nicht berücksichtigt, sondern davon ausgeht, dass die Beschwerdeführerin den kompletten Haushalt selber führt. Ohnehin kommt den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu (vgl. E. 10.1). Es besteht insofern kein Anlass, von der von der Abklärungsfachfrau getroffenen Einschätzung abzuweichen. Auf die im Abklärungsbericht festgelegte Einschränkung von 7 % im Haushalt kann daher abgestellt werden.

11.

11.1 Was die für die Berechnung des Invaliditätsgrades herangezogenen Zahlen anbelangt, so sind diese im Grundsatz unbestritten geblieben. Bezüglich der Berechnung des Invalideneinkommens wird aber geltend gemacht, es sei ein leidensbedingter Abzug

von 15 % gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin hat keinen solchen vorgenommen.

11.2 Die Beschwerdegegnerin hat für die Bemessung des Valideneinkommens auf den von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielten Verdienst im Spital B.\_\_\_\_ abgestellt und dieses Einkommen an die Nominallohnentwicklung angepasst. Gemäss Arbeitgeberbericht vom 8. Januar 2004 (IV-Nr. 6) hätte das Einkommen bei einem Pensum von 50 % ab Januar 2003 monatlich CHF 1'818.50 betragen. Die Beschwerdegegnerin hat ein Jahreseinkommen von CHF 25'667.40 errechnet, dies offenbar unter Berücksichtigung der im Bericht bis Ende Oktober 2003 aufgelisteten Soll-Arbeitszeit 2003 (873.6 Stunden bis Ende Oktober 2003, da per 3. November 2003 der Austritt erfolgte) und Hochrechnung der Sollzeit November und Dezember 2003, was eine Sollzeit von 1048.32 Stunden, damit einen Stundenlohn von CHF 24.48 ergibt. Würde man den von der ehemaligen Arbeitgeberin im entsprechenden angegebenen Monatslohn (CHF 1'818.50 x 13) heranziehen, ergäbe sich ein Jahreseinkommen von CHF 23'641.00. Die Hochrechnung der Beschwerdegegnerin lässt sich nicht konkret nachvollziehen. Sie erscheint aber im Lichte der im Arbeitgeberbericht angegebenen Jahreslöhne 2001 und 2002 plausibel, wirkt sich zu Gunsten der Beschwerdeführerin aus und wird von ihr auch nicht bestritten. Sie ist daher nicht zu beanstanden. Dieses Einkommen wurde sodann an die Nominallohnentwicklung bis 2015 angepasst, was ebenfalls korrekt erscheint, da für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Eintritts der rentenrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes massgebend sind. Dies ist hier der Zeitpunkt der Begutachtung (Untersuchungen im Dezember 2015). Damit beträgt das Valideneinkommen für ein 50%-Pensum CHF 29'280.00, für ein 80%-Pensum CHF 46'848.00 und für ein 100%-Pensum CHF 58'560.00.

11.3 Das Invalideneinkommen wurde, weil die Beschwerdeführerin keine zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, anhand eines Tabellenlohns der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet. Der herangezogene Tabellenlohn (TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1 Frauen, CHF 4'300.00) erscheint unter Berücksichtigung des zumutbaren Tätigkeitsprofils korrekt. Nach Aufrechnung der Wochenstunden (: 40 x 41.7) und der Teuerung 2014-2015 (: 103.3 x 103.7) beträgt das Invalideneinkommen damit CHF 54'001.00 für ein 100%-Pensum bzw. CHF 27'001.00 für ein 50%-Pensum, das noch zumutbar ist.

11.4 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist ■ anders als die Bemessung der Höhe eines gewährten Abzugs ■ eine

Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht angesichts des hier herangezogenen niedrigsten Kompetenzniveaus 1 kein Raum, da Hilfsarbeiten unabhängig von Alter, Nationalität und beruflicher Ausbildung nachgefragt werden (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4.). Auch die Tatsache, dass nur eine Teilzeitarbeit möglich ist, wirkt sich vorliegend nicht aus (vgl. LSE Tabelle T18). Körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten, wie sie die Beschwerdeführerin noch ausführen kann, gibt es im betreffenden Kompetenzniveau ebenfalls. Diese lässt nun geltend machen, dass sie aufgrund der labilen Stoffwechsellage häufige Hypoglykämien und damit einhergehend auch immer wieder psychische Verschlechterungen erleide und die 50%ige Arbeitsfähigkeit während solcher Einbrüche nicht gegeben sei. Dies rechtfertige einen leidensbedingten Abzug. Dazu ist festzuhalten, dass das Risiko von Hypoglykämien gemäss gutachterlicher Einschätzung, die mit derjenigen des behandelnden Endokrinologen übereinstimmt, verringert werden konnte. Deren teilweises Auftreten und dass die Beschwerdeführerin die Möglichkeit haben muss, sich gegebenenfalls Insulin zu spritzen, wurde im Rahmen der Arbeitsfähigkeitseinschätzung bereits berücksichtigt und unter anderem deshalb eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Insgesamt ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen hat.

11.5 Am 1. Januar 2018 ist die oben zitierte (vgl. E. 8.2) Bestimmung von Art. 27bis Abs. 3 lit. a IVV in Kraft getreten. Die Beschwerdegegnerin hat daher zwei Einkommensvergleiche vorgenommen, einen für die Zeit vor dem 1. Januar 2018 und einen für die Zeit danach. Im ersten Fall ist für die Berechnung des Erwerbsausfalls beim Invalideneinkommen von einem ausserhäuslichen Pensum von 80 % auszugehen (vgl. E. 9.2). Im zweiten ist dieses auf ein 100%-Pensum hochzurechnen. Dies ergibt folgende Erwerbsausfälle bzw. Einschränkungen im ausserhäuslichen Bereich:

Vor dem 1. Januar 2018:

CHF 46'848.00 - CHF 27'001.00 = CHF 19'847.00 bzw. 42.4 %

Nach dem 1. Januar 2018:

CHF 58'560.00 - CHF 27'001.00 = CHF 31'559.00 bzw. 53.9 %

Nach Anwendung der gemischten Methode ergeben sich für die beiden Zeitpunkte folgende Invaliditätsgrade:

Vor dem 1. Januar 2018:

Ausserhäusliche Tätigkeit (Anteil 80 %, Einschränkung 42.4 %)	33.92 %
Haushalt (Anteil 20 %, Einschränkung 7 %)	1.4 %
Total	35.32 %

Nach dem 1. Januar 2018:

Ausserhäusliche Tätigkeit (Anteil 80 %, Einschränkung 53.9 %)	43.12 %
---	---------



### **E. 13.2**

Der Vertreter der Beschwerdeführerin macht in seiner Kostennote vom 12. November 2019 (A.S. 23) einen Zeitaufwand von 8.8 Stunden geltend, was insgesamt angemessen erscheint. Mit dem beantragten Stundenansatz von CHF 250.00 sowie zuzüglich der ausgewiesenen Auslagen und der Mehrwertsteuer (7.7 %) ergibt sich so ein Betrag von CHF 2'408.50.

### **E. 13.3**

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

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