

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.127 vom 22. Dezember 2020**

SO Obergericht, 2020-12-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.127\\_d20201222](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.127_d20201222)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.127 du 22 décembre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.127 del 22 dicembre 2020

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 3**

Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, weitere Abklärungen vorzunehmen.

### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin Sodann werden folgende Verfahrens- und Beweisanträge gestellt: 1. Es sei eine öffentliche Verhandlung gemäss Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen. 2. Es sei die Beschwerdeführerin als Partei zu befragen. 3.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. August 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (A.S. 32 f.). 3.3 Am 4. September 2020 werden die Parteien zur beantragten öffentlichen Hauptverhandlung am 2. November 2020 vorgeladen, an welcher eine Parteibefragung mit der Beschwerdeführerin durchgeführt wird sowie die Parteivorträge angehört werden (A.S. 34 f.). Am 30. Oktober 2020 wird die öffentliche Verhandlung wegen Erkrankung des Vertreters der Beschwerdeführerin verschoben und neu auf den 30. November 2020 angesetzt, wobei der Beschwerdegegnerin das Erscheinen freigestellt wird (A.S. 39 f.). 3.4 Am 30. November 2020 führt das Versicherungsgericht die öffentliche Hauptverhandlung durch. Die Beschwerdegegnerin, der das Erscheinen freigestellt worden war, bleibt nach vorgängiger Abmeldung der Verhandlung fern. Neben der Beschwerdeführerin als Partei wird auch ihr Ehemann als Zeuge befragt. Im Parteivortrag bestätigt der Vertreter der Beschwerdeführerin die gestellten Rechtsbegehren (vgl. Protokoll des Gerichtsschreibers vom 1. Dezember 2020 (A.S. 42 ff.). Weiter reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin eine Honorarnote ein (A.S. 52 f.). 3.5 Mit Verfügung vom 8. Dezember 2020 gehen das Protokoll der Verhandlung vom 30. November 2020 und eine Kopie der vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichten Honorarnote zur Kenntnis an die Beschwerdegegnerin (A.S. 54). 4. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften und im Parteivortrag wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. Bei der gerichtlichen Beurteilung ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der sich bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. Mai 2020 verwirklicht hat (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 ATSG).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; sogenannte spezifische Methode des Betätigungsvergleichs). Als Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (Art. 27 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). 3. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 3.1 Aus dem Bericht des B.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2015 gehen die Diagnosen Polyarthrose, Multiple Sklerose vom schubförmigen Typ, Arterielle Hypertonie und Adipositas hervor. Zum aktuellen Leiden wird dargelegt, die Patientin leide seit Jahren unter rezidivierenden Episoden von vorwiegend bewegungsabhängigen Schmerzen, vor allem im Bereich des rechten Kniegelenks, der rechten Hüfte und der Daumensattelgelenke. Im November 2014 habe die Patientin anhaltende und zum Teil auch nächtliche Schmerzen im rechten Kniegelenk entwickelt, nachdem sie zuvor im August 2014 und anfangs Monat eine Kniegelenkskontusion rechts erlitten habe. Zur Beurteilung wurde angegeben, anamnestisch, klinisch und aufgrund der bisherigen Laboruntersuchungen bestehe das Bild einer symptomatischen Polyarthrose, wobei im letzten Halbjahr eine sehr wahrscheinlich aktivierte Gonarthrose rechts deutlich im Vordergrund gestanden sei. Seit einigen Tagen sei die Patientin nun beschwerdefrei und habe deswegen bereits das Oxycontin abgesetzt, was zu einer Beschwerdezunahme geführt habe. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung bestehe eine gonarthrotische Deformation des rechten Kniegelenks, aber wie im übrigen Gelenkstatus auch, ohne Hinweise auf eine Synovitis. Eine Skelettszintigraphie am 22. Januar 2015 habe im Wesentlichen den Befund einer fortgeschrittenen deutlich rechtsbetonten Koxarthrose bei im Übrigen fehlenden Hinweisen für entzündliche Gelenksveränderungen ergeben. Entsprechend könne momentan keine entzündliche Systemerkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis diagnostiziert werden. Die aktuell noch bestehende fixe Analgetika-Therapie werde die Patientin schrittweise reduzieren (IV-Nr. 13 S. 22 ff.). 3.2 Dem Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 28. August 2018 können folgende Diagnosen entnommen werden: «1. Multiple Sklerose vom schubförmigen Typ, Symptombeginn 1997, aktueller EDSS 3.0, Avonex-Therapie seit 10/2012; 2. Arterielle Hypertonie bei Adipositas; 3. Status nach Knieprothese links 2011; 4. Status nach Migräne ohne Aura vor Jahren, isolierte visuelle Migräneattacken seit April 2016; 5. St.n. Hüftprothese rechts 10/17; 6. Bilaterales linksbetontes Karpaltunnelsyndrom». Zur Zwischenanamnese wurde angegeben, die Patientin berichte über verschiedene Beschwerden in der letzten Zeit wie eine intermittierende Taubheit an der linken Körperseite seit einem halben Jahr, es seien in fluktuierender Lokalisation das Gesicht, der Arm oder das Bein betroffen. Die Beschwerden träten nicht täglich auf, könnten aber stundenlang andauern. Die Symptomatik sei aktuell in der sommerlichen Wärme progredient gewesen. Die Kraft der Hände sei eingeschränkt, es bestehe eine linksbetonte nächtliche Brachialgie mit Parästhesien an den radialen drei Fingern. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, bei der Patientin sei der Verlauf subjektiv progredient, sie beklage aktuell auch intermittierende Sensibilitätsstörungen an der linken Körperseite, diese könnten aktuell zumindest teilweise nachgewiesen werden. Zusätzlich beklage sie eine nächtliche Brachialgie an den radialen drei Fingern. Die Medianusneurographie zeige ein bilaterales deutlich linksbetontes Karpaltunnelsyndrom. Die sensomotorische Ulnarisneurographie links sei normal. Die Verlaufs-MRI-Untersuchung des Kopfes vom 21. August 2018 ergebe einen stabilen Befund ohne neue zerebrale Läsionen. Die Symptomatik der Patientin werde primär im Rahmen des linksbetonten Karpaltunnelsyndroms interpretiert, eine Progredienz der Multiplen Sklerose lasse sich aktuell nicht eindeutig nachweisen. Eine spinale Läsion als

Ursache der Hyposensibilität links sei eher unwahrscheinlich. Diese Beschwerden träten nur intermittierend auf und beträfen auch das Gesicht. Die Patientin wünsche, mit Avonex weiterzufahren, was durchaus als sinnvoll erscheine (IV-Nr. 4).

3.3 Im (provisorischen) Austrittsbericht des B.\_\_\_\_ vom 21. November 2018 (stationäre Behandlung vom 19. bis 21. November 2018) wurden die Hauptdiagnose einer koronaren Kardiopathie mit akutem Myokardinfarkt (NSTEMI) am 19. November 2018 sowie die Nebendiagnosen einer Multiplen Sklerose vom schubförmigen Typ (ED 1997) sowie eines Status nach Knie-TP links und Hüft-TP rechts gestellt. Zum aktuellen Leiden wurde angegeben, die Patientin sei in der Nacht plötzlich aufgewacht mit einem thorakalen Druckgefühl. Vor kurzem habe sie in Ruhe die gleiche Symptomatik gehabt. Bei Belastung im Alltag hätten keine Angina Pectoris-Beschwerden, keine Anstrengungsdyspnoe und keine Ödeme bestanden. Die arterielle Hypertonie, der Nikotinabusus und die positive Familienanamnese seien bekannt. Zum Procedere wurde u.a. auf eine ambulante kardiale Rehabilitation im B.\_\_\_\_ hingewiesen (IV-Nr. 13 S. 11 ff.).

3.4 Dem Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 9. Januar 2019 kann entnommen werden, die Patientin stehe bei ihm seit Mai 2012 ein- bis zweimal pro Jahr in Behandlung. Die MS bestehe bei der Patientin seit 1997, die Behandlung mit Avonex sei im Jahr 2012 eingeleitet worden. Zusätzlich bestünden aus neurologischer Sicht isolierte visuelle Migräneattacken seit April 2016 und ein bilaterales linksbetontes Karpaltunnelsyndrom. Eine Untersuchung der Fatigue für Motorik und Kognition habe im September 2016 eine mittelgradige kognitive Fatigue, eine schwere motorische Fatigue und eine mittelgradige totale Fatigue ergeben. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht so ungünstig. Die Krankheit bestehe seit mehr als zwanzig Jahren und führe weiterhin nicht zu einer erheblichen Einschränkung. Die Behandlung mit Avonex sollte fortgesetzt werden. Die Patientin sei seit Jahren als Hausfrau tätig. Die aktuelle Arbeit als Hausfrau sei körperlich mittelschwer anstrengend. Bei der Patientin bestehe eine eingeschränkte Gehfähigkeit, eine deutliche Müdigkeit und neu auch eine Hyposensibilität an der linken Körperseite. Für eine Eingliederung hilfreiche Ressourcen seien nicht bekannt. Zweifel an der Fahreignung bestünden nicht. Die bisherige Tätigkeit sei sechs Stunden pro Tag zumutbar. Hierbei sei mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von absolut 20 % zu rechnen. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei sechs Stunden pro Tag zuzumuten. Hierbei sei die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die Prognose zur Eingliederung lautete dahingehend, andere Tätigkeiten dürften kaum realisiert werden, weil die Patientin seit Jahren als Hausfrau tätig sei. Das Alter und die langjährige Tätigkeit als Hausfrau stünden einer Eingliederung im Weg (IV-Nr. 10 S. 1 ff.).

3.5 Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 21. Januar 2019 fest, er habe die Patientin vom 13. Dezember 2006 bis 23. Oktober 2018 behandelt. Die Patientin komme ca. alle drei bis vier Monate zu ihm in die Kontrolle. Im Weiteren gab der Orthopäde an, er habe keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Als Hausfrau sei die Patientin aber deutlich eingeschränkt. Für frühere manuelle Tätigkeiten wie Reinigung, mechanische Tätigkeiten in einer Fabrik etc. wäre die Patientin zu 100 % arbeitsunfähig. Für vorwiegend sitzende Tätigkeiten wäre sie seit mindestens 12. September 2011 (Knie-Totalprothese-Implantation links) zu 50 % arbeits(un)fähig. Die Patientin sei seit mehreren Jahren immer wieder in Behandlung vor allem wegen des linken Knies. Es seien eine Umstellungsosteotomie erfolgt und eine sekundäre Gonarthrose-Entwicklung eingetreten. Im Jahr 2001 (recte: 2011) habe eine Knie-Totalprothese links implantiert werden müssen. In der Folge seien zunehmend Schmerzen in der rechten Hüfte eingetreten. Es habe sich eine Coxarthrose entwickelt,

welche die Implantation einer Hüft-Totalprothese rechts im Jahr 2017 notwendig gemacht habe. Zwischenzeitlich habe die Patientin eine Multiple Sklerose entwickelt, mit teilweise starken Schüben. Die Patientin habe erneut Beinschmerzen links und rechts gehabt, diffus, die auch ein neuropathisches Korrelat haben könnten. Die Geh- und Stehfähigkeit an beiden Beinen sei eingeschränkt. Die Diagnosen St.n. Hüft-TP-Implantation rechts und St.n. Knie-TP-Implantation links sowie Multiple Sklerose hätten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Adipositas beeinflusse die Arbeitsfähigkeit dagegen nicht. Zur Prognose der Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, unter Würdigung der Tatsache, dass die Patientin an der rechten Hüfte und am linken Knie – ohne Nachweis von Lockerungen – bereits prothetisch versorgt sei und eine Multiple Sklerose habe, könne die Arbeitsfähigkeit nicht gesteigert werden. Haushaltsarbeiten könnten teilweise vom Ehemann und dem familiären Umfeld abgenommen werden. Andere Arbeiten (regelmässiges Stehen und Gehen wie z.B. bei Reinigungsarbeiten, Arbeiten in einer Fabrik) könne die Patientin nicht erbringen. Adaptierte Tätigkeiten vorwiegend sitzend könne die Patientin in einem Pensum von 50 % erbringen. Hier seien Einschränkungen vor allem auch bedingt durch die Multiple Sklerose. Zu den Funktionseinschränkungen legte Dr. med. D.\_\_\_\_ noch dar, im Bereich des rechten Hüftgelenks bestehe zwar eine gute Beweglichkeit, aber auch eine Belastungsintoleranz mit einer Stehfähigkeit von maximal 5 bis 10 Minuten. Das linke Knie zeige eine Zuklappbarkeit, mit ebenfalls starker Belastungsintoleranz und Unmöglichkeit, mehr als 10 Minuten zu gehen, ohne Pause. Die Beweglichkeit von Knie und Hüfte sei aber gut. Aus orthopädischer Sicht könne die Patientin ein Fahrzeug lenken, eventuell gebe es neurologische Einschränkungen. Als Hausfrau sei die Patientin nur beschränkt einsetzbar, sie brauche Fremdhilfe. Tätigkeiten mit viel Stehen, Gehen auf unebenem Terrain und Heben schwerer Lasten könne die Patientin nicht durchführen. Eine leidensadaptierte Tätigkeit vor allem sitzend könnte die Patientin zu 4.25 Std. pro Tag in normalem Pensum täglich durchführen (IV-Nr. 11).

3.6 Aus dem Bericht des B.\_\_\_\_, Ambulante kardiale Rehabilitation, vom 8. März 2019 gehen die Diagnosen einer koronaren Herzerkrankung (akuter Myokardinfarkt am 19. November 2018), einer anämisierenden Blutung aus dem Aneurysma spurium femoral rechts am 25. November 2018, einer Multiplen Sklerose vom schubförmigen Typ (ED 1997), einer chronischen Niereninsuffizienz sowie einer axialen Hiatushernie (ED 30. November 2018) hervor. Zur Anamnese wurde dargelegt, die Patientin stelle sich vor zur Eintrittsuntersuchung im Rahmen der ambulanten kardialen Rehabilitation. Es bestehe eine Anstrengungsdyspnoe NYHA II. Sonst sei sie von kardialer Seite weitestgehend beschwerdefrei. Es bestehe eine Angina pectoris, Palpitationen oder Synkopen seien von der Patientin verneint worden. Die Beurteilung lautete dahingehend, die Patientin stelle sich vor in einem kardiopulmonal kompensierten Zustand. Die Leiste rechts werde aktuell alle zwei Wochen durch die Wundpflege versorgt und stelle sich trocken und reizlos dar. In der Ergometrie gebe die Patientin ein Schwindelgefühl ab 75 Watt an und müsse die Untersuchung nach gut 2 Minuten abbrechen. Unter der Betablockade bestehe ein träger Herzfrequenzanstieg während der Ergometrie. Zusammengefasst sei die Ergometrie im Rahmen der ausgeprägten Dekonditionierung als nicht aussagekräftig bezüglich einer Koronarinsuffizienz zu werten (IV-Nr. 13 S. 8 ff.).

3.7 Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, hielt in ihrem Bericht vom 28. April 2019 fest, die Patientin habe in den Jahren 1997 und 1998 zwei erste Episoden mit Doppelbildern erlitten. Im Jahr 2011 sei die dritte Episode aufgetreten und im Jahr 2012 sei die Diagnose MS (retrospektiv) gestellt worden, wobei eine Therapie mit Avanox begonnen worden sei. Seither sei die Patientin

bezüglich der MS stabil, es sei kein neuer Schub nachgewiesen worden. Das Hauptsymptom sei eine chronische Fatigue, welche bereits im Jahr 2013 nachgewiesen worden sei. Ausserdem bestünden seit Jahren diverse Beschwerden des Bewegungsapparates mit einer Gelenks- und Weichteilsproblematik. Im Jahr 2011 seien eine Knie-Totalprothese links und im Jahr 2017 eine Hüft-Totalprothese rechts je bei Arthrose implantiert worden. Daraufhin seien Physiotherapien bei Sehnen- und Muskelbeschwerden durchgeführt worden. Im November 2018 sei ein akuter Myokardinfarkt aufgetreten, welcher durch eine schwere Blutungs- und Infektionsfolge lokal verkompliziert worden sei. Aktuell erfolge deshalb erst jetzt die kardiologische Rehabilitation. Neue Schübe der Multiplen Sklerose seien nicht aufgetreten. Aktuell seien die Hauptbeschwerden aktivierte Tendinitiden und Gliederschmerzen im gesamten Bewegungsapparat bei intensiver Aktivität durch die kardiologische Rehabilitation. Bezüglich der Leistungsfähigkeit sei auf eine gemischte Einschränkung wahrscheinlich im Rahmen einer chronischen Fatigue bei MS, multiplen Beschwerden des Bewegungsapparates und Dekonditionierung hinzuweisen. Die Hausärztin gab die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) Multiple Sklerose vom schubförmigen Typ, eine koronare Herzerkrankung, eine Polyarthrose, ein Impingement der Schulter rechts, rezidivierende Entesopathien verschiedener Sehnen und Gelenke (aktuell Handgelenk im Vordergrund) sowie CTS beidseits (operative Sanierung aufgrund des Herzinfarktes und der Blutverdünnung aufgeschoben) an. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Adipositas, ein Status nach medialer offener Teilmeniskektomie 1979, eine Knie-Totalprothese links (09/11) sowie ein Status nach Hüft-Totalprothese rechts (10/17) und ein Status nach subacromialer Dekompression bei RM Läsion links 2003 angegeben. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, als Coiffeuse sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Im Haushalt bestehe eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, wahrscheinlich sei eine ca. 60%ige Leistung möglich. Zur beruflichen Situation wurde ausgeführt, die Patientin führe Haushaltstätigkeiten aus (Koch, Einkaufen, Putzarbeiten). Schwere körperliche Anstrengung (Staubsaugen, Boden wischen etc.) sei max. für 30 bis 45 Minuten möglich, dann sei eine Pause notwendig. Ein Heben von Lasten von mehr als 5 kg (z.B. Wäschekorb), längerdauernde Überkopfarbeit (z.B. Wäsche aufhängen, Vorhänge und Betten ausschütteln, Tragen von schweren Einkäufen etc.) seien nicht möglich. Zweifel an der Fahreignung gebe es nicht. Die bisherige Tätigkeit im Haushalt sei für 4 Stunden pro Tag mit Pausen und den erwähnten Einschränkungen zuzumuten. Bei der bisherigen Tätigkeit handle es sich bereits um eine angepasste Tätigkeit. Eine Eingliederung in eine Erwerbstätigkeit sei wegen der Beschwerden und aufgrund des Alters nicht mehr denkbar (IV-Nr. 13 S. 3 ff.). 3.8 Gemäss dem Bericht des B.\_\_\_\_, Ambulante kardiale Rehabilitation, vom 3. Mai 2019 stellte sich die Patientin zur Zwischenuntersuchung im Rahmen der ambulanten kardialen Rehabilitation vor. Die anamnestischen Angaben seien teilweise diffus und nicht kongruent. Die adipöse Patientin mit bekannter Multipler Sklerose mache einen dekonditionierten Eindruck. Das Schwindelgefühl sei am ehesten orthostatischer Genese. Der Patientin sei empfohlen worden, sich probatorisch Stützstrümpfe verschreiben zu lassen (IV-Nr. 17 S. 5 ff.). 3.9 Aus dem Bericht des B.\_\_\_\_, Ambulante kardiale Rehabilitation, vom 19. Juni 2019 geht im Wesentlichen hervor, bei der Schlussuntersuchung habe man eine klinisch kardiopulmonal kompensierte Patientin gesehen. Subjektiv sei sie bis auf den Schwindel beschwerdefrei. Die Patientin sei hochmotiviert, den aktuellen gesunden Lebensstil fortzusetzen. Aus unklaren Gründen gebe es eine Gewichtszunahme von 5 kg. Als primäre Ursache komme

die vorübergehende Sistierung des langjährigen Nikotinabusus in Frage. Im EKG habe sich aktuell ein normokarder Sinusrhythmus mit unauffälliger Repolarisation gezeigt. Echokardiographisch bestehe unverändert eine normale biventrikuläre Pumpfunktion mit diastolischer Relaxationsstörung ohne Klappenvitien und regionalen Kinetikstörungen. Die Ergometrie habe eine deutlich gebesserte Leistungsfähigkeit gezeigt, was in Korrelation mit der Aussage der Patientin über ihre Alltagsaktivitäten sei (IV-Nr. 17 S. 1 ff.). 3.10

RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. Juli 2019 fest, nach erfolgreich absolvierter kardiologischer Rehabilitation könne die Versicherte bei stabilisierter medizinischer Situation abschliessend beurteilt werden: Aus den Stellungnahmen der Fachärzte für Neurologie und Orthopädie ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hausfrau sowie einer optimal angepassten Verweistätigkeit von ca. 50 % seit der Hüfttotalprothesenoperation vom Oktober 2017. Dies ergebe sich aus den unterschiedlichen, somit teiladditiven Einschränkungen auf neurologischem und orthopädischem Fachgebiet. Mit einer Verschlechterung, d.h. einer weiteren Reduktion der Arbeitsfähigkeit, sei im Verlauf zu rechnen (IV-Nr. 19). 3.11

Im Bericht des B.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2019 wurde als Hauptdiagnose ein mediocochleärer Hörsturz bis 65 dB rechts festgestellt. Als Nebendiagnosen wurden die bekannte coronare Herzerkrankung, die bekannte Multiple Sklerose, eine COPD sowie die Adipositas erwähnt. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, angesichts der vorbekannten Herzerkrankung sei auf eine stationäre Infusionstherapie verzichtet worden. Die Patientin werde medikamentös behandelt (IV-Nr. 27 S. 2 f.). 3.12

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH ORL, hielt in seinem Bericht vom 10. Dezember 2019 fest, HNO-seits bestehe eine chronische schuppige Entzündung der äusseren Gehörgänge im Sinne eines Gehörgangsekzems. Zusätzlich rezidivierende Otitis externa Schübe. Im Oktober 2019 habe eine akute Hörverminderung rechts im Sinne eines Hörsturzes rechts bestanden, der sich im Verlauf verbessert habe. Es bestehe weiterhin ein Beissen in den Gehörgängen und eine persistierende Mitteltonschwerhörigkeit rechts. HNO-seits bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei Status nach Hörsturz rechts und chronischem Gehörgangsekzem beidseits (IV-Nr. 28 S. 6 f.). 3.13

Nach den Angaben der RAD-Ärztin vom 25. Februar 2020 ergeben die im Vorbescheidverfahren eingereichten Berichte keine neuen für die Arbeitsfähigkeit relevanten Aspekte, die zu einer Änderung bzw. Neubeurteilung der medizinischen Situation führten (IV-Nr. 30). 4.

Umstritten ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgeht, dass die Beschwerdeführerin ohne Behinderung ausschliesslich im Aufgabenbereich (Haushalt) tätig wäre und keiner Erwerbstätigkeit nachginge. 4.1

In der angefochtenen Verfügung wird ausgeführt, aufgrund des Abklärungsgesprächs und der Aktenlage sei mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aktuell ohne gesundheitliche Beeinträchtigung weiterhin im Rahmen von 100 % im Haushalt tätig wäre. Die Bemessung des Invaliditätsgrades habe somit nach der spezifischen Bemessungsmethode des Betätigungsvergleichs zu erfolgen. Der Invaliditätsgrad im Haushalt betrage gemäss der Abklärung vor Ort vom 15. Juli 2019 sowie unter Berücksichtigung der medizinischen Aktenlage gesamthaft 7 %. Grundsätzlich sei auf die Angaben im Abklärungsbericht abzustellen. Die Abklärungsperson nehme in ihrem Situationsbericht vom 23. Oktober 2019 abschliessend zu den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Rügen Stellung. Ihre Berichte seien schlüssig und hätten vollen Beweiswert. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt 4.2

Die Beschwerdeführerin wendet ein, ihr

Status sei falsch abgeklärt worden. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin wäre sie ohne gesundheitliche Einschränkungen zu 100 % ausserhäuslich erwerbstätig. Die Beschwerdegegnerin sehe die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine vollzeitliche Haushaltstätigkeit darin gegeben, dass die angeblich seit Oktober 2017 bestehende 50%ige Arbeitsfähigkeit nicht verwertet werde und die Beschwerdeführerin seit 1986 keiner ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen sei. Diese Begründung verfange jedoch in keiner Weise. Es sei von Anfang an geplant gewesen und zwischen den Ehegatten vereinbart worden, dass die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % in die Berufswelt einsteige, sobald die Kinder keine Betreuung mehr benötigten und die Ausbildung abgeschlossen hätten. Dieser Einstieg sei der Beschwerdeführerin dann aber aufgrund ihrer diversen gesundheitlichen Probleme verunmöglicht worden. Auch habe sich die Betreuungszeit der Kinder länger hingezogen, als dies üblicherweise zu erwarten wäre (vgl. Beschwerde, S. 4 ff. Ziff. 3, S. 12 f. Ziff. 6).

4.3 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht erwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit 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 (vgl. Art. 27 IVV) 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. Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_728/2019 vom 10. Juni 2020 E. 1.2, 9C\_752/2019 vom 25. Februar 2020 E. 3.1 und 8C\_133/2019 vom 20. August 2019 E. 4.1, je mit Hinweisen).

#### **E. 4.4**

4.4.1 Die Beschwerdeführerin ist 1960 geboren. Nach der Primar- und Sekundarschule absolvierte sie von 1976 bis 1980 eine Ausbildung zur Damen- und Herrencoiffeuse, welche sie mit dem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis (EFZ) abschloss. In der Folge war sie in diesem Beruf tätig; gemäss ihren Angaben, auf welche abgestellt werden kann, handelte es sich um eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit. Im Jahr 1986, als der ältere Sohn geboren wurde, gab sie die Erwerbstätigkeit auf und widmete sich in der Folge dem Haushalt und der Erziehung der Kinder (der zweite Sohn kam 1990 zur Welt). Seither nahm sie zu keinem Zeitpunkt mehr eine Erwerbstätigkeit auf, auch nicht in einem Teilzeitpensum.

4.4.2 Wie aus der vorstehend dargestellten Aktenlage hervorgeht, wurde im Jahr 1997 aufgrund entsprechender Symptome eine Multiple Sklerose vom schubförmigen Typ diagnostiziert. Diese wird seit 2012 mit dem Medikament «Avonex» behandelt. Weiter litt bzw. leidet die Beschwerdeführerin an einem Impingement der rechten Schulter und an einer Polyarthrose (Coxarthrosen, Gonarthrosen, Fingerarthrosen,

Facettengelenksarthrose (vgl. IV-Nr. 13 S. 4). Im Jahr 2011 wurde ihr eine Knieprothese links eingesetzt, im Jahr 2017 eine Hüftprothese rechts. Weitere gesundheitliche Probleme sind Migräneanfällen, welche im Jahr 2016 auftraten, ein bilaterales linksbetontes Karpaltunnelsyndrom sowie arterielle Hypertonie. In jüngerer Zeit kamen insbesondere noch die koronare Herzkrankheit und der Hörsturz hinzu.

4.4.3 Im Intakegespräch vom 10. Oktober 2018 erklärte die Beschwerdeführerin, sie habe ihren Beruf als Damen- und Herrencoiffeuse mit Leib und Seele ausgeübt. Seit der Geburt des älteren Sohnes 1986 sei sie als Hausfrau und Mutter tätig. Sie habe vor ca. 10 Jahren wieder im gelernten Beruf einsteigen wollen, dies sei jedoch aufgrund der starken Müdigkeit und der intensiven Schmerzen in den Beinen nicht möglich gewesen. Ihren Beruf übe man hauptsächlich stehend aus, was sie nicht prästiert hätte. Seit dem Jahr 2012, d.h. seit sie das Medikament «Avonex» spritze, sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Ohne Gesundheitsschaden würde sie eine Erwerbstätigkeit im gelernten Beruf zu 100 % ausüben; sie liebe ihren Job, die Söhne seien ausgezogen und die Haushaltarbeiten teilen sie und ihr Ehemann sich auf. Sie würde eine Tätigkeit sofort aufnehmen, müsste dies dann aber in den folgenden Tagen stark büssen. Sie leide an starker Müdigkeit, Schmerzen am ganzen Körper und könne – wenn sie sich überbeanspruche – nicht mehr gehen (IV-Nr. 8).

4.4.4 Aus dem Bericht der Abklärungsfachfrau der Beschwerdegegnerin (H.\_\_\_\_) vom 22. Juli 2019 (Abklärung vom 15. Juli 2019) geht hervor, die Beschwerdeführerin habe ihre Aussage anlässlich des Früherfassungsgesprächs vom 10. Oktober 2018, wonach sie ohne gesundheitliche Einschränkungen in einer ausserhäuslichen Tätigkeit mit einem Pensum von 100 % erwerbstätig wäre, bestätigt. Sie hätte vermutlich als Coiffeuse gearbeitet, dies sei ihr absoluter Traumberuf. Weshalb sie einem Pensum von 100 % nachgehen würde und nicht einem Teilzeitpensum, habe das Ehepaar nicht begründen können. Die Beschwerdeführerin habe immer sehr gerne gearbeitet, es sei für sie normal, zu 100 % zu arbeiten. Nach der Geburt des ersten Sohnes [...] im Jahr 1986 habe sich das Ehepaar dazu entschlossen, dass sich die Beschwerdeführerin vollumfänglich der Erziehung der Söhne und dem Haushalt widme. Gemäss den medizinischen Akten bestehe seit Oktober 2017 in einer angepassten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Diese werde von der Versicherten nicht verwertet. Die Beschwerdeführerin sei seit 1986 keiner ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen, auch nicht in einem Kleinstpensum. Die beiden Söhne hätten die Jahrgänge 1986 und 1990. Sie seien somit 33 und 29 Jahre alt. Es wäre der Versicherten seit vielen Jahren möglich gewesen, einem Teilzeitpensum nachzugehen. Dass sie aktuell, ohne gesundheitliche Einschränkungen, einem ausserhäuslichen Pensum von 100 % nachgehen würde, erscheine unwahrscheinlich. Aufgrund der vorliegenden Akten und des Abklärungsgesprächs vor Ort sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch ohne gesundheitliche Einschränkungen weiterhin zu 100 % im Haushalt tätig wäre. Im Weiteren wurde dargelegt, die finanzielle Situation könne als geregelt bezeichnet werden. Der Ehemann, I.\_\_\_\_, sei zu 100 % ausserhäuslich erwerbstätig. Das Ehepaar wohne in einem 4 ½-Zimmer-Einfamilienhaus auf 3 Stockwerken, die Waschmaschine befinde sich im Keller. Bei den Haushaltsverrichtungen ermittelte die Abklärungsfachfrau eine Behinderung ausschliesslich im Bereich «Wohnungspflege». Daraus resultierte ein Invaliditätsgrad im Haushalt von 7 % (IV-Nr. 20 S. 2 ff.).

4.4.5 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm die Abklärungsfachfrau zum Status der Beschwerdeführerin am 23. Oktober 2019 dahingehend Stellung, es sei korrekt, dass die Beschwerdeführerin bereits im Früherfassungsgespräch vom 10. Oktober 2018 gesagt habe, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkungen einem ausserhäuslichen

Pensum vom 100 % nachgehen würde. Am Abklärungsgespräch vom 15. Juli 2019 habe das Ehepaar diese Aussage wiederholt. Gemäss dem Einwand habe das Ehepaar geplant, dass die Beschwerdeführerin wieder in die Berufswelt einsteige, sobald die Kinder keine Vollzeitbetreuung mehr benötigten. Aus den vorliegenden Akten sei ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin seit 1986 auch kein Teilpensum aufgenommen habe. Im Jahr 2006 habe der jüngere Sohn eine Ausbildung begonnen. Eine Vollzeitbetreuung der Kinder sei bereits vor 2006 nicht mehr notwendig gewesen. Die Beschwerdeführerin habe seither keinerlei ausserhäusliche Erwerbstätigkeit aufgenommen. Gemäss den medizinischen Unterlagen wäre es ihr möglich gewesen, einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachzugehen. Die im Einwand geltend gemachten Einschränkungen ab dem Jahr 2011 (Knie-TP links implantiert) stellten keine Begründung für eine über längere Zeit andauernde vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit dar. Es sei medizinisch nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2006 keiner ausserhäuslichen Tätigkeit nachgegangen sei. Hätte sie effektiv eine solche aufnehmen wollen, wäre dies in einem Teilzeitpensum seit vielen Jahren möglich gewesen. Gemäss den medizinischen Unterlagen habe immer eine Arbeitsfähigkeit bestanden, auch aktuell sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgewiesen. Diese sei von der Beschwerdeführerin nie verwertet worden, auch nicht in einem Teilzeitpensum. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkungen weiterhin zu 100 % als Hausfrau tätig geblieben wäre (IV-Nr. 26).

4.4.6 Die Beschwerdeführerin gab im Intakegespräch vom 10. Oktober 2018 an, sie würde ohne Gesundheitsschaden zu 100 % ausserhäuslich erwerbstätig sein; sie liebe ihren Job als Coiffeuse, die Söhne seien ausgezogen und die Haushaltsarbeiten teilten sie und ihr Ehemann auf. Sie sei jedoch seit dem Jahr 2012 (seit sie Avonex spritze) zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 8). Auch anlässlich der Haushaltsabklärung vom 15. Juli 2019 erklärte die Beschwerdeführerin, ohne gesundheitliche Einschränkung wäre sie in einem Pensum von 100 % ausserhäuslich erwerbstätig. Sie habe vor etwa 10 Jahren versucht, wieder in den Beruf einzusteigen, dies sei jedoch wegen der Müdigkeit und den intensiven Schmerzen in den Beinen nicht möglich gewesen. Sie hätte vermutlich als Coiffeuse gearbeitet, dies sei ihr absoluter Traumberuf. Sie habe immer sehr gerne gearbeitet und es sei für sie normal, in einem Vollzeitpensum zu arbeiten. Nach der Geburt des ersten Sohnes [...] im Jahr 1986 hätten sie und ihr an der Abklärung ebenfalls anwesender Ehemann beschlossen, dass sie sich vollumfänglich der Erziehung und dem Haushalt widme. Aus gesundheitlichen Gründen sei es ihr dann nicht mehr möglich gewesen, in die Berufswelt einzusteigen (IV-Nr. 20 S. 4). Diese Angaben wurden auch in der vom Versicherungsgericht im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 30. November 2020 durchgeführten Parteibefragung bestätigt. Die Beschwerdeführerin führte aus, sie sei bis zum Jahr 1986 erwerbstätig und nachher Hausfrau und für ihre Söhne [...] und [...] da gewesen. Sie habe mit ihrem Ehemann abgemacht, dass sie zu Hause bleibe, bis ihre Söhne mit der Lehre begännen. Dass sie vielleicht eine Erwerbstätigkeit in einem kleinen Pensum aufnehmen könnte, sei ein Thema gewesen. Sie habe das immer gewollt, doch sei dies angesichts ihrer gesundheitlichen Einschränkungen nicht möglich gewesen. Auch die Darmkrankheit (Morbus Cron) des jüngsten, 1990 geborenen Sohnes [...] und die deswegen erforderlichen Operationen hätten die beabsichtigte Aufnahme einer Erwerbstätigkeit hinausgezögert. Sie habe ihren Sohn stets umfassend gepflegt. Es sei ihr wichtiger gewesen, für den Sohn da zu sein, als zu arbeiten. Wegen der Knieoperation im Jahr 2011 und der Hüftoperation im Jahr 2017 sei an eine Erwerbsaufnahme nicht zu denken gewesen, zumal sich die durch die Multiple

Sklerose verursachte Müdigkeit verschlimmert habe. Im November 2018 habe sie dann auch noch einen Herzinfarkt erlitten, wobei eine Arterie verletzt worden sei, und danach einen Hörsturz, der sich nicht verbessert habe. Angesichts dieser Leiden habe sie nicht an einen Job denken können. Bei einer gesundheitlichen Verschlechterung hätte sie vereinbarte Termine kurzfristig absagen müssen, was weder vom Arbeitgeber noch von den Kunden verstanden worden wäre. Eine Anstellung in einem Coiffeursalons sei unter diesen Umständen nicht möglich. Auch vor dem Jahr 2008, als die Darmkrankheit von [...] ausgebrochen sei, habe sie wegen der Knieprobleme nicht arbeiten können. Die Beschwerdeführerin bestätigte, sie habe mit ihrem Ehemann vereinbart, dass sie zu Hause bleibe und den Haushalt erledige, solange die Söhne die Schule besuchten und zu Hause seien. Danach wäre sie gerne wieder arbeiten gegangen, am liebsten in einem Vollzeitpensum, auf jeden Fall aber in einem 80%-Pensum. Die Beschwerdeführerin legte auch dar, dass sie sich die Ausübung einer anderen Erwerbstätigkeit überlegt habe; dies sei aber wegen der vielen körperlichen Beschwerden und der Müdigkeit nicht möglich gewesen. Auf die entsprechende Frage hin erklärte sie schliesslich, sie habe zu Hause nie einen gewerblich geführten Coiffeursalons betreiben wollen, da sich der Aufwand hierfür nicht gelohnt hätte (vgl. Protokoll vom 1. Dezember 2020, S. 2 ff.; A.S. 43 ff.). Der Ehemann der Beschwerdeführerin, I.\_\_\_\_, führte als Zeuge aus, er und seine Ehefrau hätten zusammen eine Wohnung genommen, geheiratet und seien dann beide zu 100 % erwerbstätig gewesen. Im Zeitpunkt der Familienplanung habe die Absicht bestanden, die Kinder selber zu erziehen. Wenn Kinder da seien, sei es klar gewesen, dass seine Ehefrau oder er zu Hause blieben. Es sei das Ziel gewesen, dass seine Ehefrau wieder arbeiten gehe, wenn die Kinder «draussen» seien. Es sei immer von einer Vollzeitbeschäftigung gesprochen worden. Die Aufnahme einer solchen Tätigkeit habe sich wegen der Krankheit seiner Ehefrau hinausgezögert. Die Nichtausübung eines Teilzeitpensums habe sich einfach so ergeben, das Ziel sei immer ein 100%-Pensum gewesen. Die Aussage, sie wäre im Gesundheitsfall nicht arbeiten gegangen, stimme einfach nicht. Dass die Ehefrau nicht eine Erwerbstätigkeit aufnehmen können, habe ausschliesslich gesundheitliche Gründe gehabt. Die Stellensuche sei ein Thema gewesen. Der jüngere Sohn habe eine Lehre im Gesundheitswesen in einem Altersheim gemacht und für seine Mutter eine Stelle als interne Coiffeuse vorgeschlagen. Man habe aber davon abgesehen, weil man keine Kunden habe verärgern wollen, wenn ein Arbeiten wegen der Multiplen Sklerose kurzfristig nicht möglich gewesen wäre und der Termin deswegen hätte abgesagt werden müssen. Die beabsichtigte Erwerbsaufnahme habe sich aus gesundheitlichen Gründen immer wieder hinausgezögert. Zu Hause habe man keinen offiziellen Coiffeursalons betreiben wollen. Der Grundgedanke sei stets gewesen, nach der Betreuung der Kinder wieder zu 100 % eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit aufzunehmen (vgl. Protokoll vom 1. Dezember 2020, S. 6 ff.; A.S. 47 ff.).

4.5 Der Beschwerdegegnerin ist darin zuzustimmen, dass für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Dabei handelt es sich um eine Beurteilung hypothetischer Willensentscheidungen der versicherten Person, welche in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden muss (E. II. 4.3 hiervor). Den Aussagen der versicherten Person im Verlauf des Verfahrens kommt eine nicht geringe Bedeutung zu. Dabei ist im Allgemeinen denjenigen Angaben, welche zu Beginn des Verfahrens, ohne Bestehen einer Rechtsvertretung, gemacht werden, tendenziell höheres Gewicht beizumessen als späteren Schilderungen, welche bewusst oder unbewusst von Überlegungen versicherungsrechtlicher

oder anderer Art beeinflusst sein können (Beweiswürdigungsmaxime der «Aussage der ersten Stunde», vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_762/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.3.2 mit Hinweis). In der Regel reicht aber die Behauptung der versicherten Person, dass sie eine Erwerbstätigkeit aufgenommen hätte, für sich allein genommen nicht aus, wenn sie nicht durch äussere Umstände, insbesondere die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit mit relativ niedrigem Pensum oder zumindest entsprechende Bemühungen, gestützt wird. Hier bestehen jedoch Besonderheiten, die zu einer anderen Beurteilung führen: Die Beschwerdeführerin erklärte von Beginn an, sie habe die Absicht gehabt, im Gesundheitsfall wieder eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Ihre Aussagen blieben über die Dauer des Verfahrens grundsätzlich einheitlich (daran ändert auch der Umstand nichts, dass sie in der Parteibefragung vor Versicherungsgericht von einem Pensum von 100 %, mindestens aber 80 %, sprach). Ihr Ehemann bestätigte dies als Zeuge und fügte präzisierend an, die Abmachung habe gelautet, die Beschwerdeführerin werde dann wieder eine Erwerbstätigkeit (in vollem Pensum) aufnehmen, wenn die Kinder «draussen seien». Es trifft zwar zu, dass eine intensive Kinderbetreuung schon seit längerer Zeit nicht mehr notwendig war, ist doch der jüngere Sohn im Jahr 1990 geboren, so dass unter diesem Aspekt die Aufnahme einer teilzeitlichen Erwerbstätigkeit spätestens ab dem Jahr 2000 ohne weiteres möglich gewesen wäre. Aufgrund der Aussagen in der Partei- und Zeugenbefragung ist aber als glaubhaft anzusehen, dass die Vereinbarung darin bestand, die Beschwerdeführerin werde erst zu einem späteren Zeitpunkt wieder (aber dann vollzeitlich) einer Erwerbstätigkeit als angestellte Coiffeuse nachgehen. Eine solche Planung mag als etwas ungewöhnlich erscheinen, die entsprechende Schilderung lässt sich aber nicht als unglaubhaft bezeichnen. Die finanziellen Verhältnisse erlaubten offensichtlich eine längere Erwerbspause zugunsten der Familie, und die Beschwerdeführerin vermochte in der Parteibefragung überzeugend darzulegen, dass es ihr Wunsch war, anschliessend wieder voll in den «Traumberuf» als Coiffeuse einzusteigen. Zu berücksichtigen ist weiter, dass die Diagnose einer Multiplen Sklerose vom schubförmigen Typ bereits im Jahr 1997 gestellt worden war. Diese äusserte sich, wie an der Verhandlung vom 30. November 2020 erläutert wurde, anfänglich vor allem in einer verstärkten Müdigkeit und in Sehstörungen (Doppelsehen); im weiteren Verlauf traten Schmerzen in den Beinen auf. Es leuchtet ein, dass sich derartige Einschränkungen in der Tätigkeit als Coiffeuse, die weit überwiegend stehend ausgeübt wird und ein gutes Sehvermögen verlangt, ungünstig auswirken. Es lässt sich denn auch nachvollziehen, wenn die Beschwerdeführerin in der Parteibefragung erklärte, sie habe, als eine konkrete Anstellung zur Diskussion gestanden habe, auf mögliche gesundheitliche Hindernisse hinweisen müssen. Die Möglichkeit, zu Hause einen gewerbsmässig betriebenen Coiffeursalons einzurichten, wurde gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin nicht wahrgenommen, weil man den Aufwand (Infrastruktur, Administration) vermeiden wollte. Auch dies ist plausibel. Es trifft zwar zu, dass der Beschwerdeführerin nach der medizinischen Aktenlage seit langer Zeit (mit behandlungsbedingten Unterbrüchen) und auch weiterhin eine geeignete (d.h. körperlich leichte und vorwiegend sitzend auszuübende) Verweistätigkeit zumutbar wäre (vgl. auch E. II. 5 hiernach). Aus dem Umstand, dass sie es unterlassen hat, mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine solche Arbeit, welche nicht ihren Vorstellungen entsprochen hätte, zu suchen, kann aber nicht abgeleitet werden, dass auch im Gesundheitsfall eine Rückkehr in den «Traumberuf» als Coiffeuse unterblieben wäre. Die Tätigkeit als Coiffeuse erscheint für eine Rückkehr auch nach längerem Erwerbsunterbruch als grundsätzlich gut geeignet. Die Beschwerdeführerin legte dar, sie habe sich jeweils auf dem Laufenden gehalten, indem

sie entsprechende Fachzeitschriften studierte. Vor diesem Hintergrund erscheint es als überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nach dem Schulbesuch bzw. Lehrbeginn der Söhne wieder eine Erwerbstätigkeit als Coiffeuse aufgenommen hätte. Mit der reduzierten Belastung durch Haushalt und Familie hätte sich ein volles Pensum, wie es gemäss den Aussagen an der Verhandlung geplant war, realisieren lassen. Auch dies ist daher als überwiegend wahrscheinlich anzusehen. Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin ist somit nicht nach der spezifischen Methode zu ermitteln, sondern nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (vgl. E. II. 2.3 hiervor). 5. Gestützt auf die oben wiedergegebene medizinische Aktenlage ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer zahlreichen körperlichen Leiden in ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit relevant eingeschränkt ist. Nach den Angaben des behandelnden Facharztes Dr. med. C. \_\_\_ in seinem Bericht vom 9. Januar 2019 ergab die Untersuchung im September 2016 eine mittelgradige kognitive Fatigue, eine schwere motorische Fatigue und eine mittelgradige totale Fatigue. Der Neurologe hielt jedoch ebenfalls fest, die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht so ungünstig; die Multiple Sklerose vom schubförmigen Typ bestehe seit mehr als zwanzig Jahren und führe weiterhin nicht zu einer erheblichen Einschränkung. Die bisherige Tätigkeit als Hausfrau sei sechs Stunden pro Tag zumutbar, wobei mit einer Leistungseinschränkung von 20 % zu rechnen sei. Eine dem Leiden angepasste Verweistätigkeit sei ebenfalls sechs Stunden pro Tag zuzumuten, hierbei bestehe jedoch keine Leistungseinschränkung (IV-Nr. 10 S. 1 ff.; vgl. E. II. 3.4. hiervor). Nach der Einschätzung des behandelnden Orthopäden, Dr. med. D. \_\_\_, besteht auch aufgrund der im Jahr 2011 implantierten Knie-Totalprothese links sowie der im Jahr 2017 eingesetzten Hüft-Totalprothese rechts eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Die Geh- und Stehfähigkeit sei in beiden Beinen eingeschränkt, weshalb die Ausübung der erlernten Tätigkeit als Coiffeuse nicht mehr möglich sei. Auch als Hausfrau sei die Beschwerdeführerin nur beschränkt einsetzbar und brauche Fremdhilfe. Adaptierte, d.h. vorwiegend sitzende Tätigkeiten, könnte die Beschwerdeführerin jedoch in einem täglichen Pensum von 4,25 Stunden verrichten (IV-Nr. 11; vgl. E. II. 3.5 hiervor). Der am 19. November 2018 erlittene akute Myokardinfarkt schränkte die Arbeitsfähigkeit nur vorübergehend ein. Die Ärzte des B. \_\_\_ kamen aufgrund der Schlussuntersuchung nach erfolgter ambulanter kardialer Rehabilitation in ihrem Bericht vom 19. Juni 2019 zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei klinisch kardiopulmonal kompensiert, subjektiv bis auf den Schwindel beschwerdefrei und die Ergometrie habe eine deutlich gebesserte Leistungsfähigkeit gezeigt, was in Korrelation mit der Aussage der Patientin über ihre Alltagsaktivitäten stehe (IV-Nr. 17 S. 1 ff.; vgl. E. II. 4.9 hiervor). Auch nach den Angaben der Hausärztin Dr. med. E. \_\_\_ ist unter Berücksichtigung der vorerwähnten Leiden nicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. So hielt die Hausärztin in ihrem Bericht vom 28. April 2019 fest, seit dem Beginn der Therapie der Multiplen Sklerose mit Avanox im Jahr 2012 sei die Beschwerdeführerin bezüglich der MS stabil, es sei kein neuer Schub nachgewiesen worden. Bezüglich der Leistungsfähigkeit wies die Hausärztin auf eine gemischte Einschränkung wahrscheinlich im Rahmen einer chronischen Fatigue bei MS, multiple Beschwerden am Bewegungsapparat und auf eine Dekonditionierung hin. Sie kam zum Schluss, als Coiffeuse bestehe keine Arbeitsfähigkeit, in der bisherigen Haushaltstätigkeit, welche grundsätzlich eine angepasste Tätigkeit darstelle, sei jedoch eine Arbeitsfähigkeit für 4 Stunden pro Tag mit Pausen und den erwähnten Einschränkungen (keine schweren körperlichen Arbeiten, kein Heben von

Lasten von mehr als 5 kg, keine längerdauernden Überkopfarbeiten) gegeben (IV-Nr. 13 S. 3 ff.; E. II. 4.7 hiervor). Vor diesem Hintergrund kann in Übereinstimmung mit den überzeugenden Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 2. Juli 2019 davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin seit der Hüft-Totalprothesenoperation vom Oktober 2017 (mit einer anschliessenden, relativ kurzen Rehabilitationsphase und später unterbrochen wegen der kardiologischen Akutproblematik und Behandlung) sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Hausfrau als auch in einer optimal angepassten Verweistätigkeit zu ca. 50 % arbeitsfähig ist (IV-Nr. 19; vgl. E. II. 3.10 hiervor). Der im Oktober 2019 erlittene Hörsturz rechts hat nach den fachärztlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 28 S. 6 f.; vgl. E. II. 3.12 hiervor). Die im Vorbescheidverfahren eingereichten medizinischen Berichte ergaben bezüglich der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit keine neuen relevanten Aspekte (vgl. RAD-Bericht vom 25. Februar 2020, IV-Nr. 30; vgl. E. II. 3.13 hiervor). Der Beschwerdeführerin wäre somit seit Jahren die Aufnahme einer Teilzeiterwerbstätigkeit im Rahmen einer adaptierten, d.h. körperlich leichten und vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit einem Pensum von ca. 50 % zumutbar gewesen. Dass sich die Beschwerdeführerin neben der Führung des Haushalts als erwerbsunfähig einstuft (vgl. Protokoll vom 1. Dezember 2020, S. 5, A.S. 46), ist nicht massgebend. 6. Wie dargelegt, ist der Invaliditätsgrad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vorzunehmen (vgl. E. II. 4.5 am Ende und II. 2.3 hiervor). Massgebend ist der Zeitpunkt des (allfälligen) Rentenbeginns (BGE 129 V 222). Dieser fällt hier auf den 1. Februar 2019, den Beginn des sechsten Monats nach der Anmeldung vom 31. August 2018. Das Wartejahr war angesichts der zumindest seit Oktober 2017 anhaltenden Arbeitsunfähigkeit von 50 % schon früher abgelaufen. 6.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungsgrundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.). Die Beschwerdeführerin arbeitete vor Eintritt des Gesundheitsschadens bis 1986 als Coiffeuse bei J.\_\_\_\_, [...], in einem Altersheim (vgl. Protokoll vom 1. Dezember 2020, S. 2; A.S. 43). Auf das bei diesem Arbeitgeber bis 1986 erzielte Einkommen (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto vom 13. September 2018, IV-Nr. 6 S. 2) kann zur Festsetzung des Valideneinkommens nicht abgestellt werden, da diese Tätigkeit wegen der bevorstehenden Familiengründung und der künftigen Lebensplanung beendet wurde. Die Beschwerdeführerin wäre somit auch im Gesundheitsfall nicht mehr bei diesem Arbeitgeber tätig gewesen. Demnach ist auf statistische Werte, konkret die sogenannten «Tabellenlöhne» der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 abzustellen. Massgebend ist die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level. Die Tätigkeit als Coiffeuse ist dem Wirtschaftszweig «Sonstige persönliche Dienstleistungen» (Ziffer 96) zuzuordnen; angesichts der abgeschlossenen Lehre ist der Wert für das Kompetenzniveau 2 von CHF 3'935.00 heranzuziehen. Unter Berücksichtigung des Nominallohnindex (Frauen [Tabelle 1.2.10], Sektor 3, Dienstleistungen, 2018: 105.8, 2019: 106.8) und der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit (2019: 41.8 Stunden) ergibt sich ein

Valideneinkommen von CHF 4'150.95 pro Monat bzw. CHF 49'811.00 pro Jahr. 6.2 Die Beschwerdeführerin ist seit 1986 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen, wobei die damalige Anstellung aus invaliditätsfremden Gründen aufgegeben wurde. Demnach sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens ebenfalls die LSE-Tabellenwerte 2018 heranzuziehen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, Art. 28a, S. 340 N 90). Für die Invaliditätsbemessung ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, einer optimal angepassten Verweistätigkeit im Rahmen einer Arbeitsfähigkeit von 50 % nachzugehen (vgl. E. II. 5 hiervor). Auszugehen ist vom Totalwert der im Bereich des Kompetenzniveaus 1 tätigen Frauen gemäss der bereits zitierten Tabelle TA1 der LSE 2018, der sich auf CHF 4'371.00 beläuft. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2019 (41.7 Stunden) und des Nominallohnindexes (Frauen, Total, 2018: 105.9, 2019: 107.0) sowie der Arbeitsfähigkeit von 50 % resultiert ein Einkommen von CHF 2'302.05 pro Monat bzw. CHF 27'625.00 pro Jahr. Nach der Rechtsprechung kann bei Versicherten, die wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten ausüben vermögen und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreichen, der Tabellenlohn um maximal 25 % reduziert werden. Es ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invalidier zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481; 126 V 75 E. 5b/bb S. 80). Im vorliegenden Fall bestehen bei der Beschwerdeführerin gesundheitliche Einschränkungen wegen der Multiplen Sklerose (kognitive und motorische Müdigkeit), weshalb sie ihre Kräfte einteilen und Pausen einlegen muss. Angesichts der eingeschränkten Geh- und Stehfähigkeit und aufgrund der Schmerzen in den Beinen ist sie auf eine vorwiegend sitzende Tätigkeit angewiesen. Körperliche mittelschwere oder schwere Tätigkeiten, längerdauernde Überkopfarbeiten sowie das Heben und Tragen von schwereren Lasten (über 5 kg) können ihr nicht mehr zugemutet werden (vgl. IV-Nr. 13 S. 6 f.). Der erlittene Herzinfarkt, das erwähnte leichte Schwindelgefühl und die Sensibilitätsstörungen sowie der durchgemachte Hörsturz schränken die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nach den ärztlichen Angaben nicht relevant ein (vgl. IV-Nr. 17 S. 1 ff., 19 S. 2, 28 S. 6 f. und 30 S. 2). Die erwähnten neurologischen und orthopädischen Einschränkungen und insbesondere ihr Zusammenwirken lassen aber auch in einer adaptierten Tätigkeit eine Lohneinbusse erwarten. Sie rechtfertigen einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn im Ausmass von 15 %. Dies führt zu einem Invalideneinkommen von CHF 1'956.75 pro Monat bzw. CHF 23'481.00 pro Jahr. Aus der Gegenüberstellung dieses Einkommens mit dem Valideneinkommen von CHF 49'811.00 pro Jahr (vgl. E. II. 7.1 hiervor) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 52.86 % bzw. aufgerundet von 53 %, der einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente begründet (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Wenn man den Abzug auf 10 % bemessen wollte, ergäbe sich (bei einem Invaliditätsgrad von 50 %) dasselbe Resultat.

7. Die Beschwerdeführerin lässt weiter geltend machen, eine allfällige Resterwerbsfähigkeit könne nicht mehr verwertet werden (A.S. 16 und 19). 7.1 Für die Invaliditätsbemessung ist der ausgeglichene Arbeitsmarkt massgebend. Dieser ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden

Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_670/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.2 und 9C\_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen). Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteile des Bundesgerichts 8C\_728/2012 vom 8. Mai 2013 E. 4.3.3 und 9C\_775/2009 vom 12. Februar 2010 E. 4.2.1, je mit Hinweisen).

7.2 Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f.). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.2 und 3.3 S. 459 ff.). Dies war hier spätestens mit der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2019 (IV-Nr. 19) der Fall. Damals war die Beschwerdeführerin knapp 59 ½jährig, stand also 4 ½ Jahre vor dem ordentlichen Rentenalter.

7.3 Die Beschwerdeführerin ist in einer optimal angepassten, d.h. körperlich leichten und insbesondere sitzenden Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (vgl. E. II. 5 hiervor). Dieses Zumutbarkeitsprofil ist nicht derart eingeschränkt, dass eine Verwertung der Restarbeitsfähigkeit als ausgeschlossen erschiene, sondern es erlaubt die Ausübung einer Reihe von Erwerbstätigkeiten. Auch unter Berücksichtigung des

fortgeschrittenen Alters mit einer – zum massgebenden Zeitpunkt – verbleibenden Aktivitätsdauer von 4 ½ Jahren ergibt sich keine andere Beurteilung: Die Beschwerdeführerin verfügt zwar einzig in der angestammten Tätigkeit als Coiffeuse, welche sie nun nicht mehr ausüben kann, über Berufserfahrung und war seit sehr langer Zeit nicht mehr erwerbstätig. Sie verfügt aber über Erfahrung aus der Erziehung und insbesondere zeitweiligen intensive Pflege/Betreuung des jüngeren Sohns. Weiter ist sie familiär und gesellschaftlich bestens integriert und auch nicht mit sprachlichen oder anderen Schwierigkeiten konfrontiert. In der Parteibefragung an der Verhandlung zeigte sie ein gutes Auffassungsvermögen und kommunikative Fähigkeiten; dies korrespondiert mit ihrer Aussage, sie sei ein fröhlicher Mensch. Diese Eigenschaften dürften die erwerbliche Umsetzung der ärztlich festgestellten Arbeitsfähigkeit von 50 % erleichtern. Bei gesamthafter Betrachtung ist die Verwertbarkeit – auch im Quervergleich zu anderen Fällen – zu bejahen. 8. Für den Fall, dass ihre Restarbeitsfähigkeit als verwertbar angesehen würde, macht die Beschwerdeführerin weiter einen Anspruch auf berufliche Massnahmen geltend (Beschwerde S. 11; A.S. 17).

8.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG habe invalide und von einer Invalidität bedrohte Versicherte (Art. 8 ATSG) unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Zu letzteren zählen auch die beruflichen Massnahmen nach Art. 15 ff. IVG. Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen setzen einen Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3, 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7 und 8C\_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1, je mit Hinweisen).

8.2 Die subjektive Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist zu verneinen. So erklärte sie anlässlich der Hauptverhandlung vom 30. November 2020, die Führung des Haushalts und eine 50%ige Erwerbstätigkeit würden nicht gehen. In der aktuellen Situation sei eine Erwerbstätigkeit nicht möglich, vor einem Jahr sei dies auch nicht möglich gewesen. Sie könne seit ungefähr 8 Jahren nicht mehr arbeiten (vgl. Protokoll vom 1. Dezember 2020, S. 5, A.S. 46). Demnach ist der Eingliederungswille der Beschwerdeführerin zu verneinen. Es besteht daher weder Anspruch auf Integrationsmassnahmen noch auf sonstige berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. Beschwerde, S. 11 Ziff. 5). Damit erübrigt sich eine Prüfung der Frage, ob die Verhältnismässigkeit einer solchen Massnahmen gegeben wäre.

9. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. Mai 2020, worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde, aufzuheben ist. Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine halbe Invalidenrente ab 1. Februar 2019. Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen besteht nicht und für weitere medizinische und / oder berufliche Abklärungsmassnahmen besteht kein Anlass. Demnach ist die vorliegende Beschwerde teilweise gutzuheissen. Die Beschwerdeführerin dringt mit ihrem Hauptbegehren auf Ausrichtung einer Invalidenrente durch, jedoch ist ihr anstelle einer ganzen Rente eine halbe Invalidenrente ab dem 1. Februar 2019 zuzusprechen.

10. 10.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Die Beschwerdeführerin obsiegt teilweise, indem ihr eine halbe statt die beantragte ganze Rente zuzusprechen ist. In dieser Konstellation ist regelmässig davon auszugehen, dass weitergehende Rechtsbegehren

habe den Aufwand des Rechtsvertreters nicht erhöht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). So verhält es sich auch hier. Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote vom 30. November 2020 weist einen Zeitaufwand von insgesamt 14.51 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von insgesamt CHF 181.10 aus. Dazu ist festzuhalten, dass reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und somit nicht separat zu vergüten ist. Demnach können die in der Kostennote unter den Daten vom 16. und 24. Juni, 7. September, 12. Oktober und 3. November 2020 enthaltenden Positionen (Brief an Klientin; je 0.17 Std.) nicht berücksichtigt werden, da hier von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist. Für die öffentliche Verhandlung vom 30. November 2020 sind 1 Stunde und 45 Minuten zu berücksichtigen (vgl. Protokoll vom 1. Dezember 2020, S. 10; A.S. 51). Der angemessene Zeitaufwand beträgt somit 13.91 Stunden. Bei den Auslagen sind für die Fahrspesen CHF 0.70 pro Kilometer einzusetzen (vgl. § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 des Gebührentarifs [GT, BGS 615.11] sowie § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV, BGS 126.3]), was zu berücksichtigende Fahrspesen von CHF 51.55 (statt CHF 140.00) ergibt (73.6 km à CHF 0.70). Damit belaufen sich die Auslagen auf insgesamt CHF 92.65. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes von CHF 250.00 und der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 3'845.05 (Honorar von CHF 3'477.50, Auslagen von CHF 92.65, MwSt. von CHF 274.90). 10.2 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 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Die zitierte Rechtsprechung zur Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen (E. II. 11.1 hiervor) gilt für die Verfahrenskosten nicht (vgl. das zitierte Urteil 8C\_449/2016 vom 2. November 2016 Sachverhalt B. und E. 3.2, mit Hinweisen). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens (teilweise Gutheissung der Beschwerde) sind die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 den Parteien zu je CHF 500.00, aufzuerlegen. Die Beschwerdeführerin hat einen Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 geleistet; davon sind ihr CHF 500.00 zurückzuerstatten.

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