

ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 50 vom 16. Juni 2020

ZG Verwaltungsgericht, 2020-06-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg_verwaltungsgericht_S_2019_50

FR: ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 50 du 16 juin 2020

IT: ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 50 del 16 giugno 2020

Regeste

Sozialvers.rechtl. Kammer — Invalidenversicherung (Rente) — Beschwerde

Erwägungen

E. 2

Urteil S 2019 50

E. 3

% 1 % Haushalt 50 % 0 % 0 % Invaliditätsgrad 1 % ===== Nach dem seit 1. Januar 2018 bei der gemischten Methode geltenden Berechnungsmodell ergebe sich folgende Berechnung: Einkommensvergleich: Einkommen ohne gesundheitliche Einschränkung Fr. 53'368.-- Einkommen mit gesundheitlicher Einschränkung Fr. 26'196.-- Erwerbseinbusse Fr. 27'172.-- Einschränkung 51 % Tätigkeit Anteil Einschränkung Teilinvaliditätsgrad Erwerbstätigkeit 50 % 51 % 25 % Haushalt 50 % 0 % 0 % Invaliditätsgrad 25 % =====

E. 3.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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). Bei einer Invalidität von 40 % besteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 %

E. 3.2

Die IV-Stelle prüft nach Art. 43 Abs. 1 ATSG die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Sie hat dabei die Aufgabe, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz richtig und vollständig abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (vgl. dazu Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 17 ff.). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall der Richter) auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 105 V 156 Erw. 1). Zu erwähnen bleibt, dass für die Invaliditätsbemessung schliesslich nicht die medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Arzt ausschlaggebend ist,

sondern vielmehr die durch den Gesundheitsschaden bedingte Einschränkung der Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten für den Versicherten in Betracht fallenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (BGE 110 V 273 Erw. 4a).

E. 3.3

Die medizinischen Unterlagen sind nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1, 125 V 351 Erw. 3a, 122 V 157

E. 3.4

Bei Leiden aus dem depressiven Formenkreis hat das Bundesgericht kürzlich seine Rechtsprechung dahingehend geändert, dass die Frage, ob bei solchen Erkrankungen eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert, ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden kann. Auch bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen ist danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitiert.

E. 4

Urteil S 2019 50 Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Rentenanspruch. B. Gegen diese Verfügung reichte A. _____ am 26. März 2019 (Poststempel) beim Verwaltungsgericht eine nicht datierte Beschwerde ein, mit der sie die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprechung einer angemessenen Invalidenrente ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt beantragte. Es sei ihr zudem die unentgeltliche Rechtsverbeiständung zu gewähren und die Möglichkeit zu geben, zeitnah einen Rechtsanwalt zu suchen. Auf die Erhebung von Kosten zu ihren Lasten sei zu verzichten. Zur Begründung wurde angegeben, dass der Sachverhalt zu wenig abgeklärt worden sei. Bei der Begutachtung sei zu beanstanden, dass trotz ungerichteter Steh- und Gehunsicherheit und Kraftverlust der Beine keine neurologische Abklärung erfolgt sei; es habe auch keine Diskussion der Resilienz gegeben. Zudem sei die Haushaltsabklärung vor zwei Jahren erfolgt und nicht mehr aktuell. C. Mit Verfügung vom 14. Mai 2019 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt, während die Prüfung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung erst nach der allfälligen Mandatierung eines Anwalts durch die Beschwerdeführerin in Aussicht gestellt wurde. D. Mit Vernehmlassung vom 29. Mai 2019 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass relevantes medizinisches Thema bei der Anmeldung der Beschwerdeführerin im März 2017 die Rückenprobleme gewesen

seien. Dies habe sich auch im Laufe der nachfolgenden Abklärungen nicht verändert. Gleichzeitig hätten sich auch massive soziale Probleme mit einem arbeitslosen Ehemann und einem arbeitslosen Sohn, ärztlich bestätigter mangelhafter Ernährung, schwachen Sprachkenntnissen in Deutsch gezeigt. Hinweise auf ein kardiales Problem hätten bis zum Verfügungserlass nicht bestanden, sodass die IV-Stelle auch keine Veranlassung gehabt habe, solches abzuklären. Ebenso hätten keine Hinweise auf eine neurologische Problematik bestanden. Die Wirbelsäulenprobleme seien durch entsprechende chirurgische Massnahmen sowie mit Medikamenten und Physiotherapie behandelt worden. Auch die Hausärztin habe die Beschwerdeführerin nie in neurologischer Hinsicht abklären lassen. Die Durchführung einer Psychotherapie sei abgelehnt worden. Der Haushaltsbericht vom 20. November 2017 sei schlüssig und nachvollziehbar. Er äussere sich schlüssig über die Funktion der verschiedenen zu Hause lebenden Familienmit-

E. 4.1

Im Sprechstundenbericht der Wirbelsäulenchirurgie am Spital F. _____ führten Dr. med. G. _____, Co-Chefarzt interdisziplinäre Wirbelsäulenchirurgie am Spital H. _____, und I. _____, Leitender Arzt am Spital H. _____, am 29. August 2016 die folgenden Diagnosen auf (IV-act. 11 - 9/18 f.): 1. Spondylolyse mit Spondylolisthesis L5/S1 mit konsekutiver beidseitiger foraminaler Einengung L5/S1, Chondrose L4/5; 2. arterielle Hypertonie; 3. Eisenmangelanämie; 4. St.n. Inguinalhernienoperation 2009 rechts; 5. St.n. Analfissur Grad I; 6. St.n. Humerusfraktur rechts. Zur Anamnese wurde ausgeführt, dass die Patientin seit mehr als 20 Jahren unter Rückenschmerzen leide. Im Verlauf seien zusätzlich Ischialgien aufgetreten, die über den lateralen Ober- und Unterschenkel bis in den medialen Fuss ausstrahlten und eher rechtsbetont seien. Die Beschwerden hätten im Verlauf der Jahre zugenommen, offenbar habe man der Patientin bereits vor mehr als zehn Jahren im Rahmen einer Abklärung zur Operation geraten. Die

E. 4.2

Am 9. Mai 2017 hielt Dr. med. J. _____ im Austrittsbericht über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der Klinik D. _____ vom 6. April bis 3. Mai 2017 als Rehabilitationsdiagnose eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren (aktuell: Schmerzen thorakolumbalen Übergang mit Ausweitung nach kranial sowie ventraler Oberschenkel, Status nach Dekompression und Stabilisation L5/S1, muskuläre Dysbalance und Insuffizienz, Waddell-Zeichen 4/5 positiv, getrübbte Stimmung, antriebsgemindert) fest; als Nebendiagnosen nannte er eine bekannte Anämie (Eisen- und Folsäuremangel; IV-act. 18 - 6/12 f.). Die Zuweisung sei zur stationären muskuloskelettalen Rehabilitation erfolgt. Bei Eintritt habe sich die Patientin in der Mobilität noch deutlich eingeschränkt, kardiopulmonal kompensiert und in reduziertem Allgemeinzustand präsentiert. In der Physiotherapie hätten die allgemeine Ausdauer, Mobilität und Belastbarkeit nicht gesteigert werden können und der 6-Minuten-Gehtest habe sich von 360 auf 309 m verschlechtert (der Puls sei während der Testdurchführung nicht angestiegen). Die Patientin habe zu Beginn ein hinkendes Gangbild und ein stetiges Stützen der LWS durch beide Hände gezeigt; beides sei bei Austritt nicht mehr vorhanden gewesen. Die Bewegungseinschränkung sei regredient gewesen; so habe die Patientin schmerzbedingt ihre Schuhe nicht selber binden können, was dann bei Austritt schmerzlos möglich gewesen sei. Der Schwerpunkt in der Therapie sei auf Verbesserung der Belastbarkeit gelegt worden; die Patientin habe diesbezüglich kaum Fortschritte gemacht. Dennoch habe sie gesagt, sie könne sich im Haushalt mehr belasten, Spazierengehen sei besser und länger möglich und

sie sei motiviert, die aktiven Therapien (v.a. Spazierengehen, Wassertherapie und MTT) fortzuführen. Aus medizinischer Sicht habe die Schmerzmedikation von Targin auf Palexia umgestellt werden können. Die Schmerzen seien um ca. 50 % regredient und rechts gluteal nicht mehr vorhanden gewesen. Das Palexia habe weiter reduziert werden können, sodass kumulativ (Umstellung und Reduktion) die Opioid-Äquivalenz um 50 % reduziert worden sei. Wegen der schmerzbedingten Probleme beim Durchschlafen sei eine Therapie mit Trittico begonnen worden, womit die Patientin nun besser und erholsamer schlafen könne. Aufgrund der depressiven Stimmung wegen der Schmerzen sei eine antidepressive Therapie mit Remeron begonnen worden. Internistisch sei die Patientin während des gesamten

E. 4.3

Dem Sprechstundenbericht von Dr. G. _____ und Dr. I. _____ vom 20. April 2017 lassen sich die bekannten Diagnosen und neu der Verdacht auf eine Depression entnehmen (IV-act. 18 - 11/12 f.). Die Patientin stelle sich fünf Monate postoperativ zur Verlaufskontrolle vor. Sie weile seit zwei Wochen in der Rehaklinik D. _____, wo intensive stationäre Physiotherapie durchgeführt werde. Dort habe man zusätzlich auch die Verdachtsdiagnose einer Depression geäußert. Die Patientin beschreibe tendenziell einen leichten Rückgang der Beschwerden; die Gehstrecke sei uneingeschränkt, es bestünden jedoch noch sowohl lumbale Schmerzen, vor allem beim Bücken, wie auch in den rechten Oberschenkel ausstrahlende Beschwerden, die jedoch nicht unterhalb des Knies ziehen würden. Seit Beginn der intensiven Physiotherapie in der Klinik D. _____, d.h. seit zwei Wochen, bestünden zusätzlich zirkuläre Schmerzen im Bereich der Oberschenkelmuskulatur rechts; links seien nie Beschwerden aufgetreten. Bei der Patientin bestünden nach wie vor Lumbalgien. Sie hätten ihr geraten, die Physiotherapie möglichst intensiv weiter fortzusetzen und die Analgesie nach Möglichkeit anzupassen. Aktuell sei die Patientin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig für die Arbeit als Reinigungsfachfrau. Bei Verdacht auf Depression werde sie diesbezüglich in der Klinik abgeklärt und behandelt werden.

E. 4.4

Am 29. Juni 2017 berichteten Dr. G. _____, Dr. I. _____ und Dr. K. _____ über die klinische Nachkontrolle sieben Monate postoperativ mit den im Wesentlichen bisher bekannten Diagnosen (IV-act. 18 - 4/12 f.). Die Patientin berichte über leicht gebesserte bis gleichbleibende Beschwerden. Schmerzen bestünden im Bereich der LWS, aktuell keine Ausstrahlung in die Oberschenkel, insbesondere kein Sensibilitätsdefizit der linken unteren Extremität; undulierender Charakter. Vor allem bestünden Belastungsschmerzen wie z.B. beim Bücken. Die Kraft rechtsseitig sei eingeschränkt. Aktuell nehme sie keine Schmerzmittel. Die Patientin sei zu 100 % krankgeschrieben; letzte Tätigkeit präoperativ als Reinigungskraft. Als Beurteilung wurde

E. 4.5

Am 20. November 2017 erstattete L. _____ im Auftrag der IV einen Abklärungsbericht Haushalt (IV-act. 19), den sie in Anwesenheit der Beschwerdeführerin, des Ehemannes und des Sohnes M. _____ erhoben hatte. Darin beschrieb sie den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Wesentlichen wie folgt: Die Versicherte klagt über Rückenschmerzen, sie könne nicht lange stehen, sitzen oder auch liegen, laufen. Am besten sei es, die Lage immer wieder etwas zu ändern und nicht zu lange an einer Arbeit zu

bleiben, obschon man ihr – nach Aussage des Sohnes – viel oder fast alles abnehme, damit sie so wenig Schmerzen wie möglich habe. Man wolle nicht, dass sie zusätzlich durch die Hausarbeit noch mehr Schmerzen bekomme, als sie sonst schon habe, denn laut Ärzten sei die 2. Rücken-OP eine Frage der Zeit; man wolle diese aber so lange als möglich rausschieben und daher gehe sie auch 3x die Woche in die Therapie, 1x in die Wassertherapie in N._____, 2x in die Physio in O._____. Der Ehemann habe angegeben, dass er mit ihr viel laufen gehe, wobei sie sehr langsam laufe; er selber laufe schon nicht so schnell, denn er habe auch Rückenbeschwerden, aber sie sei noch langsamer seit der Rücken-OP. Und zu lange könne man auch nicht gehen. Die Versicherte nehme bei Bedarf, aber nicht mehr täglich nach ihren Aussagen, Targin 20 mg und Trittico [ein Antidepressivum], was laut Sohn "eine Art Magenschoner" sei oder die Nebenwirkungen von Targin beheben solle. Die Versicherte lebe zusammen mit dem Ehemann und zwei erwachsenen Kindern in einem Mehrfamilienhaus im Zentrum von O._____. Der Ehemann, gelernter Koch und Pizzaiolo, sei seit Jahren arbeitslos und ausgesteuert. Er habe nach eigenen Aussagen auch Rückenbeschwerden, wahrscheinlich schlimmer als die Ehefrau, aber man operiere nicht. Er wolle keine Sozialhilfe, weshalb die Tochter P._____ die Eltern finanziell unterstütze. Die Tochter arbeite im Service und habe eine neue Stelle in der Q._____. Der Sohn M._____ habe keine Berufslehre abgeschlossen, sei auch seit Jahren arbeitslos und seit ca. drei Jahren ausgesteuert; er beziehe Sozialhilfe und helfe zu Hause sehr viel.

E. 4.6

Am 19. Dezember 2017 nahm RAD-Arzt Dr. med. R._____ dahingehend Stellung, dass den Neuakten im Zeitraum vom 6. April bis 3. Mai 2017 ein Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik D._____ entnommen werden könne, von dem die Versicherte partiell zu profitieren vermocht habe, während zuletzt gleichwohl belastungsabhängige lumbale Schmerzen persistiert hätten (IV-act. 20); während sich dem Dossier keine Anhaltspunkte bzw. Hinweise für eine neurologische Defizitsymptomatik entnehmen liessen, finde sich im letzten fachärztlich wirbelsäulenchirurgischen Bericht vom 29. Juni 2017 der Hinweis auf einen Verdacht auf eine Spondylolyse L4/5, weshalb weiterführende bildgebende Untersuchungen erfolgen sollten. Das Ergebnis dieser Untersuchungen lasse sich dem Dossier nicht entnehmen. Da dem Bericht der Hausärztin vom 31. Oktober 2017 diesbezüglich keine neuen Informationen entnommen werden könnten, dürfe davon ausgegangen werden, dass keine zusätzliche Pathologie von Relevanz habe festgestellt werden können.

E. 4.7

Am 17. Januar 2018 fand beim IV-Eingliederungsberater S._____ ein Standortgespräch statt, als Folge dessen die Beratung abgeschlossen und die Sache zur Prüfung eines allfälligen Leistungsanspruchs weitergeleitet wurde, nachdem die Beschwerdeführerin sich eine finanzielle Unterstützung in Form einer IV-Rente wünsche und sich auch körperlich für eine Eingliederung nicht in der Lage sehe, zumal dies ohnehin aufgrund der fehlenden Deutschkenntnisse kaum umsetzbar wäre und auch keine verwertbaren Ressourcen ergründbar seien (IV-act. 24).

E. 4.8

Gestützt auf diese Berichte stellte die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 13. April 2018 die Ablehnung ihres Leistungsgesuchs bei einem Invaliditätsgrad von

1 % bzw. nach der seit 1. Januar 2018 geltenden Regelung von 25 % in Aussicht (IV-act. 26–27), worauf die Beschwerdeführerin Einwand erhob (IV-act. 29). Sie machte im Wesentlichen geltend, dass sie seit Februar 2016 nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sie sei Analphabetin und es bestehe nach Ablauf der Wartefrist ein IV-Grad von über 40 %. Mit Zeugnis vom 24. April 2018 bestätigte die Hausärztin Dr. E._____ zudem weiterhin – wie schon in der Vergangenheit durchgehend seit 2. Februar 2016 (IV-act. 4) – eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. Mai bis 30. Juni 2018 (IV-act. 32).

E. 4.9

Am 15. Mai 2018 ging der IV-Stelle ein wirbelsäulenchirurgischer Sprechstunden-bericht vom 15. März 2018 zu, worin von Dr. G._____ und Dr. T._____ unter anderem eine Schwellung der Nervenwurzel L5 links, keine Kompression, gute Materiallage (MRI LWS vom 14. März 2018), und der Verdacht auf eine Depression festgehalten wurden (IV-act. 33 1/4 f.). Aktuell klagt die Patientin über persistierende Schmerzen lumbal, worunter sie weiter auf die Einnahme von Targin ohne Basisanalgesie angewiesen sei. Hinzu kämen Oberschenkelschmerzen zirkumferenziell rechts. Die Patientin besuche aktuell 2x wöchentlich die Physiotherapie mit muskulärer Kräftigung und lokal analgetischer Therapie. Es werde zusätzlich Wasserbadtherapie durchgeführt, was der Patientin guttue. Zeitweise träten nächtliche Schmerzen auf; bis anhin keine Vorstellung in einer Schmerzklinik. Eine Psychotherapie oder Therapie mittels Antidepressiva sei bis anhin abgelehnt worden. Als Beurteilung wurde festgehalten, dass sich in der Bildgebung kein Hinweis auf eine Instabilität oder Kompression der Nervenwurzel zeige, welche die Beschwerden der Patientin erklären würden. Insgesamt sei die gesamte untere Extremität leicht kraftvermindert und sensibilitätsvermindert, ohne dies auf einen Befund des MRI zurückführen zu können. Die Beschwerden liessen sich gemäss Patientin durch die Therapien positiv beeinflussen und eine Motivation bezüglich erneutem Reha-Aufenthalt werde von der Patientin spontan geäussert. Dementsprechend werde die Klinik D._____ um Beurteilung einer zweiten Rehabilitation gebeten. Sodann werde dringlichst empfohlen, das Targin abzusetzen. Es seien keine weiteren Verlaufskontrollen mehr geplant, chirurgisch könne der Patientin aktuell nichts angeboten werden.

E. 4.10

Am 19. April 2018, eingegangen bei der IV-Stelle am 25. Juli 2018, berichtete Dr. J._____ von der Klinik D._____ über die ambulante Konsultation der Beschwerdeführerin am 13. April 2018, bei der diagnostisch eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren bestehe (IV-act. 39).

E. 4.11

Mit Arztbericht vom 9. Mai 2018 hielt die Hausärztin Dr. E._____ fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe und sich chronische Schmerzen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 %. Es sei eine weitere Rehabilitation in der Klinik D._____ geplant.

E. 4.12

RAD-Arzt Dr. R._____ nahm am 13. August 2018 dahingehend Stellung, als den Neuakten keine Befunde entnommen werden könnten, die eine von der bisherigen abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer der Rückenproblematik angepassten Tätigkeit zu begründen vermöchten (IV-act. 40). Vordergründig imponiere eine chronifizierte Schmerzproblematik, wobei das Faktum, dass sich die Versicherte bislang einer

psychotherapeutischen Behandlung und einer schmerzdistanzierenden Therapie mit einem Antidepressivum entzogen habe, gegen einen hohen Leidensdruck spreche. Allenfalls sei eine Begutachtung durch Dr. med. B. _____ (Rheumatologie) und Dr. med. C. _____ (Psychiatrie) vorzusehen.

E. 4.13

Am 16. August 2018 bescheinigte Hausärztin Dr. E. _____ der Beschwerdeführerin einen stationären Gesundheitszustand, eine Arbeitsunfähigkeit von weiterhin 100 % und als therapeutische Massnahmen Physiotherapie und Antidepressivum. Als Diagnosen nannte sie neben den bekannten chronischen Rückenschmerzen mit psychischer und somatischer Komponente einen Verdacht auf Mangelernährung (Anämie und geschwollene Extremitäten ev. durch Eiweissmangel; IV-act. 42).

E. 4.14

Im Auftrag der IV-Stelle erstatteten in der Folge Dr. med. B. _____ und Dr. med. C. _____ am 15. Dezember 2018 ein bidisziplinäres Gutachten (IV-act. 55). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten sie keine Diagnosen mit Auswirkung auf

E. 4.15

Am 20. Dezember 2018 nahm RAD-Arzt Dr. R. _____ zum Gutachten Stellung (IV-act. 58) und wies auf die folgenden darin enthaltenen Kernaussagen hin: "es können in einem geringen Ausmass somatisch-pathologische Befunde objektiviert werden, die keine anhaltende somatisch abstützbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen"; "der Somatiker realisiert eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden"; "gesamthaft lassen sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht nur geringe Defizite in den Bereichen Flexibilität/Umstellungs-

E. 4.16

Am 22. Januar und 20. Februar 2019 bestätigte Dr. E. _____ der Beschwerdeführerin weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 24. Januar bis 11. April 2019 (IV-act. 57 und 59).

E. 4.17

Die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin in der Folge mit Verfügung vom 1. März 2019 ab (IV-act. 60). Sie stützte sich dabei auf das bidisziplinäre Gutachten, sodass von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, entsprechend ihrer Grundkonstitution allerdings ohne überwiegend schwere und in unergonomischen Wirbelsäulen-Zwangshaltungen auszuübende Tätigkeiten. Auf die nicht begründeten Ar-

E. 4.18

Dem nicht unterzeichneten ärztlichen Kurzbericht der Klinik D. _____ vom 18. April 2019 – eingegangen am 13. Mai 2019 während des laufenden Beschwerdeverfahrens – über die vom 1. bis 21. April 2019 erfolgte Hospitalisation der Beschwerdeführerin lassen sich als Rehabilitationsdiagnosen entnehmen eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren; aktuell: Schmerzen thorakolumbalen Übergang mit Ausweitung nach kranial sowie ventraler Oberschenkel rechts, neuropathisch, St.n. Dekompression und Stabilisation L5/S1 am 22. November 2016, muskuläre Dysbalance und Insuffizienz, formal mittelgradige Depression (BF-act. 2). Als Nebendiagnosen wird eine bekannte Anämie (Eisen- und Folsäuremangel) erwähnt; anamnestisch rezidivierender

"Kreislaufkollaps", kardiologische Untersuchung 24. April 2019. Die Zuweisung durch die Hausärztin sei zur muskuloskelettalen Rehabilitation erfolgt. Mit Physiotherapie hätten die allgemeine Ausdauer, Mobilität und Belastbarkeit wenig gesteigert werden können. Schmerz- und Schlafmedikation (Palexia, Targin, Pregabalin, Prednison, Domperidon, Remeron) hätten kaum einen Effekt gebracht. BWS- und LWS-RX hätten keine wesentliche Veränderung gegenüber früheren Befunden gezeigt. Internistisch sei die Patientin während des gesamten Aufenthalts kardiopulmonal stabil gewesen; es bestehe der Verdacht auf mehrere Vorhof-Foci, ein Vorhofflimmern könne nicht nachgewiesen werden. Sie zeige eine gedrückte Stimmung und Antriebsmangel, vermindertes Selbstvertrauen, negative Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen und einen verminderten Appetit. Im Vergleich zur ambulanten Untersuchung am 13. April 2019, bei der Stimmungsschwankungen beschrieben worden seien, habe sich diese Symptomatik während der ambulant fortgeführten Therapie 2018

E. 4.19

Am 24. Juni 2019 – mithin lange nach Verfügungserlass und auch nach Abschluss des Schriftenwechsels – nahm die Hausärztin Dr. E. _____ in einer eigenen Eingabe an das Gericht dahingehend zur Beschwerde Stellung, als sie die nochmalige Beurteilung bezüglich des Vorliegens einer psychosomatischen Störung als Ursache von Arbeitsunfähigkeit/Invalidität beantragte (Prozessbeilage 8). Nach ihrer Beurteilung liege bei der Beschwerdeführerin eine chronifizierte Schmerzstörung und somit eine psychosomatische Störung vor. Diese entstehe durch veränderte Steuerungs- und Wahrnehmungsprozesse, die meistens in Zusammenhang mit körperlichen Vorerfahrungen oder psychobiografischen Prägungen entstünden. Sie könne durch eine Bildgebung nachgewiesen werden. Der chronifizierte Schmerz könne nicht willentlich überwunden werden und könne Ursache einer Arbeitsunfähigkeit/Invalidität sein. 5. Diese Berichte gilt es nun nach den in Erw. 3.3 vorstehend aufgeführten Grundsätzen auf ihre Beweiskraft zu prüfen.

E. 5

Urteil S 2019 50 glieder, die Schadenminderungspflicht und zähle einzeln auf, welchen Einschränkungen die Beschwerdeführerin unterliege und ob und inwieweit den übrigen zu Hause wohnenden Familienmitgliedern die Übernahme der Haushaltsverrichtungen zumutbar sei. Eine Veränderung seit November 2017 sei nicht dokumentiert und bislang nie behauptet worden. Insbesondere halte der Verlaufsbericht der Hausärztin vom 9. Mai 2018 fest, dass sich der Verlauf beziehungsweise die Befunde nicht verändert hätten. Die bidisziplinäre Begutachtung habe gezeigt, dass die Werte für Mirtazapin und Desmethylmirtazapin unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze gelegen hätten, was gegen die Einnahme des Medikaments (Remeron, das offiziell erst beim Aufenthalt in der Klinik D. _____ im April 2019 pausiert worden sei) spreche. Der psychiatrische Gutachter äussere sich zudem über Konsistenz und Persönlichkeit der Beschwerdeführerin, was ihm eine Beurteilung hinsichtlich der Schmerzstörung erlaube. Er äussere sich auch detailliert zu den Einschränkungen im Haushalt. Eine Stellungnahme zum Gutachten sei nicht eingegangen. Es liege keine eingehende Stellungnahme eines Arztes vor, die das Gutachten kritisieren und als falsch aufdecken würde. Lediglich die abweichenden hausärztlichen Arbeitsunfähigkeitsatteste, die rechtssprechungsgemäss nur geringen Beweiswert hätten und die sich ohnehin auf die bisherige Tätigkeit bezögen, vermöchten an der detaillierten Herleitung der Schlussfolgerung im Gutachten keinen Zweifel zu erwecken. Der jüngste Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik D. _____ vom 1. bis 21. April 2019 sei

nach Verfügungserlass erfolgt. Die Indikation dazu sei nicht bekannt; die Hausärztin habe zuletzt lediglich noch unbegründete Arbeitsunfähigkeitszeugnisse eingereicht. Es sei deshalb nicht bekannt, ob die Einweisung aufgrund einer Verschlechterung erfolgt sei. Dem Bericht der Klinik D. _____ vom 18. April 2019 könne deshalb nichts Relevantes entnommen werden. E. Am 24. Juni 2019 nahm die Hausärztin Dr. med. E. _____, Allgemeine Innere Medizin FMH, zur Beschwerde Stellung (s. dazu Erw. 4.19). Das Verwaltungsgericht erwägt:

E. 5.1

Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B. _____ und C. _____ vom 15. Dezember 2018 erfüllt alle Kriterien und Anforderungen, die an ein beweiskräftiges Gutachten zu stellen sind. Das Gutachten selbst ist umfassend, basiert auf Kenntnis sämtlicher Vorakten und beruht auf allseitigen rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen. Es berücksichtigt auch die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die Gutachter haben auch eine einlässliche Prüfung nach dem Indikatorenkatalog vorgenommen. Bemerkenswert sind sodann die von ihnen veranlassten Ergebnisse der Laboruntersuchungen von Blut und Urin, die eine regelmässige Einnahme von Schmerz- und antidepressiver Medikation immerhin fraglich erscheinen lassen. Die Schlussfolgerungen der Gutachter sind zudem begründet, einleuchtend und nachvollziehbar. Ihrem Gutachten kommt damit grundsätzlich voller Beweiswert zu, was auch von RAD-Arzt Dr. R. _____ dahingehend bestätigt wird, dass für die bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten zu keinem Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne, vorausgesetzt eine solche Tätigkeit beinhalte keine überwiegend schweren und in unergonomischen Wirbelsäulen-Zwangshaltungen auszuübende Tätigkeiten. Dieser Hinweis von Dr. R. _____ ist als Ergänzung zu-

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin bringt vor, dass trotz "ungerichteter" Steh- und Gehunsicherheit und einem Kraftverlust der Beine keine neurologische Abklärung vorgenommen worden sei. Hierzu ist festzuhalten, dass sich dem Gutachten und den bisherigen ärztlichen Berichten keine relevanten Hinweise auf eine neurologische Problematik nach der Operation vom 21. November 2016 entnehmen lassen. Vielmehr wurden die seinerzeitigen Beinschmerzen bzw. Gefühlsstörungen und Kribbelparästhesien offenkundig durch die Rückenproblematik mit foraminaler Einengung L5/S1 verursacht (siehe dazu u.a. IV-act. 11 – 6/18 ff.), was mit der am 21. November 2016 erfolgten dorsalen Dekompression und Stabilisation jedoch behoben worden ist. In den ambulanten wirbelsäulenchirurgischen Sprechstundenberichten vom 20. Januar, 16. Februar und 29. Juni 2017 wurde festgehalten, dass die Beinbeschwerden nicht mehr bestünden, dass sie komplett weg seien und dass keine Ausstrahlung in die Oberschenkel und insbesondere kein Sensibilitätsdefizit zu verzeichnen sei (IV-act. 12 – 7/10 ff.; 18 – 4/12). Lediglich in der Sprechstunde vom 20. April 2017 berichtete die Beschwerdeführerin offenbar von in den rechten Oberschenkel ausstrahlenden Beschwerden, die jedoch nicht bis unterhalb des Knies gingen; seit Beginn der intensiven Physiotherapie, d.h. seit zwei Wochen, bestünden zusätzlich zirkuläre Schmerzen im Bereich der Oberschenkelmuskulatur rechts (IV-act. 18 – 11/12). Auf den im Bericht vom 29. Juni 2017 erwähnten Verdacht auf eine Spondylolyse L4/5 folgte am 14. März 2018 eine Abklärung mittels MRI LWS, die eine Chondrose L4/5 ergab; eine Kompression oder Schwellung der Nervenwurzel L5 links konnte dabei nicht festgestellt

werden (IV-act. 33 – 2/4). Auch in den bis zum Verfügungserlass vom 1. März 2019 erstellten Berichten der Klinik D._____ lässt sich nichts finden, was auf eine neurologische Problematik hindeuten würde, obwohl die Behandler offenkundig allseitig untersucht und verschiedene Behandlungsansätze verfolgt haben. Die neurologische Fachkompetenz ist in der Klinik D._____ ohne Frage vorhanden und hätte ohne Weiteres für zusätzliche neurologische Abklärungen herangezogen werden können, sofern solche sich aufgedrängt hätten. Bemerkenswert war beim ersten Aufenthalt in der Klinik D._____ vom 6. April

E. 5.3

Die Rügen, welche die Beschwerdeführerin gegen das bidisziplinäre Gutachten vorgebracht hat, sind allesamt nicht stichhaltig und vermögen daher den Beweiswert des Gutachtens nicht zu entkräften. Auf das Gutachten kann folglich vollumfänglich abgestellt werden, wobei die von Dr. R._____ formulierten Einschränkungen für schwerere Tätigkeiten und unter Beachtung der Rückenergonomie zu berücksichtigen sind.

E. 5.4

Die Beschwerdeführerin rügt im Weiteren, dass die Haushaltsabklärung vor zwei Jahren erfolgt und damit nicht mehr aktuell sei. Diese Rüge ist nicht stichhaltig, da sich seit der am 20. November 2017 vorgenommenen Abklärung durch L._____ am Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nichts Wesentliches geändert hat. L._____ wird seit etlichen Jahren mit Haushaltsabklärungen beauftragt und ist eine sehr erfahrene und qualifizierte Fachperson, weshalb ihre Berichterstattung eine

E. 5.5

Die Stellungnahme der Hausärztin Dr. E._____ vom 24. Juni 2019 ist erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens und nach Verfügungserlass eingereicht worden und kann daher grundsätzlich nicht mehr berücksichtigt werden. Allerdings vermag sie auch sonst nichts Neues beizutragen, da ja auch im Gutachten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren fachärztlich diagnostiziert worden ist. Dass sie der Beschwerdeführerin seit Februar 2016 und damit seit vielen Monaten eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, ist wohl nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass sie als behandelnde Hausärztin mit besonderem Vertrauensverhältnis zur Patientin den geklagten Beschwerden Glauben zu schenken und diese als Fakten hinzunehmen hat (s. Erw. 3.3 vorstehend).

E. 5.6

In Würdigung all dieser Berichte steht somit fest, dass die Beschwerdeführerin nach verheilter Rückenoperation spätestens im September 2017 – nach Ablauf des Wartjahres per Februar 2017 und dem Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs – wieder zu 100 % arbeitsfähig geworden ist. Dabei zu berücksichtigen sind allerdings die von RAD- Arzt Dr. R._____ beschriebenen Einschränkungen betreffend die Art einer zumutbaren

E. 6

Urteil S 2019 50 1. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Gebiet der eidgenössischen Sozialversicherung, für die das Bundesrecht eine kantonale Rechtsmittelinstanz vorsieht (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, ATSG, i.V.m. § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes vom 1. April 1976, VRG, und § 12 des

Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung vom 28. Januar 1993 in der aktuellen Fassung, BGS 841.1). Verfügungen kantonaler IV-Stellen sind gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG) – in Abweichung von Art. 58 ATSG – direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Beschwerdefrist beträgt 30 Tage (Art. 60 Abs. 1 ATSG). Angefochten ist eine Verfügung der IV-Stelle Zug vom 1. März 2019, weshalb das Verwaltungsgericht für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde sowohl örtlich als auch sachlich zuständig ist. Die Beschwerde ist am 26. März 2019 fristgerecht eingereicht worden und entspricht auch den übrigen einfachen formellen Anforderungen, weshalb sie zu prüfen ist. 2. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu 1. März 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch: BGE 121 V 362 Erw. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 329 Erw. 2.2 f. und 130 V 445 Erw. 1.2, mit Verweis auf BGE 129 V 1 Erw. 1.2, 167 Erw. 1, 354 Erw. 1, je mit weiteren Hinweisen). Streitig sind vorliegend allfällige Rentenansprüche der Beschwerdeführerin frühestens sechs Monate nach der Anmeldung bei der IV im März 2017, folglich ab September 2017. Mithin kommen die materiellen Bestimmungen des ATSG und die Bestimmungen der IV-Revisionen 4, 5 und 6a zum Tragen. Zu berücksichtigen sind auch die Änderungen der Rechtsprechung und der IV-Verordnung per 1. Januar 2018, die durch das Urteil des EGMR vom 2. Februar 2016 in Sachen Di Trizio betreffend gemischte Methode bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades veranlasst wurden (siehe dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_21/2018 Erw. 2 und die dort zitierten Entscheide sowie das IV-Rundschreiben Nr. 355 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 31. Oktober 2016). 3. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und

E. 7

Urteil S 2019 50 allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich). 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). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt; waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Abs. 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Seit 1. Januar 2018 werden zudem gemäss Art. 27bis Abs. 2 IVV – soweit vorliegend von Interesse – für Teilerwerbstätige, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, für die Bestimmung des Invaliditätsgrades folgende Invaliditätsgrade summiert: a. der

Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit; b. der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich. Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich gemäss Art. 27bis Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2018 geltenden Fassung nach Art. 16 ATSG, wobei a. das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird, und b. die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird. Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt; der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 3 lit. b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27bis Abs. 4 IVV in der ab 1. Januar 2018 geltenden Fassung).

E. 8

Urteil S 2019 50 auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 2 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

E. 9

Urteil S 2019 50 Erw. 1c). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 Erw. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteile des EVG I 437/99 und I 575/99 vom 9. August 2000 Erw. 4b/bb). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Art. 28a N 224; BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc, 122 V 157 Erw. 1c, 120 V 357 Erw. 3b). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, der die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_420/2008 vom 23. September 2008 Erw. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt zwischen Behandlung und Begutachtung kann – namentlich in umstrittenen Fällen – nicht unbesehen auf die Angaben des behandelnden Spezialisten abgestellt werden (Urteil des EVG I 814/03 vom 5. April 2004 Erw. 2.4.2). Dies gilt allerdings nicht im Sinne einer Beweisformel, wonach Berichte behandelnder Ärzte in der Regel von vornherein weniger

Beweiswert hätten, sondern sie sind unvoreingenommen auf ihre Beweiskraft zu prüfen.

E. 10

Urteil S 2019 50 rend auswirkt. Solche Leiden sind ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 409). Aus der Diagnose allein resultiert dem- nach keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen. Auch affektive Störungen (einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen) sind dem strukturierten Beweisverfahren zu unterstellen. Störungen fallen beim strukturier- ten Beweisverfahren bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418). Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Be- weiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschlies- sendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforde- rungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/ oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indi- katoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Um- ständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 Erw. 8 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 Erw. 6). 4. Der IV-Stelle lagen bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2019 und damit im massgebenden Zeitpunkt im Wesentlichen die folgenden vorwiegend ärztli- chen Unterlagen vor:

E. 11

Urteil S 2019 50 Schmerzen störten die Patientin vor allem nachts, die Lumbalgien stünden gegenüber den Ischialgien eher im Vordergrund; die Ischialgien würden als schmerzhaftes Kribbeln beschrieben. Die Ischialgien träten weniger im Stehen und Gehen auf, sondern beim Sitzen; die Lumbalgien träten vor allem beim Bergablaufen bzw. Treppabgehen, weniger bei Bergauf- und Treppauflaufen auf. Die Patientin habe aufgrund ihrer Rückenbeschwerden bereits mehrmals Physiotherapie durchgeführt; Analgetika würden aktuell nicht eingenommen. Eine offenbar einmalige Infiltration zehn Jahre zuvor sei weitgehend erfolglos gewesen. Die von der Patientin geschilderten Beschwerden dürften hauptsächlich durch die Spon- dylolyse mit Spondylolisthesis L5/S1 mit konsekutiver beidseitiger foraminaler Einengung L5/S1 bedingt sein, teilweise möglicherweise auch durch die beginnende Chondrose L4/5 zumindest in Bezug auf die Lumbago. Aktuell scheine die Patientin bezüglich Leidens- druck noch kompensiert; mit ihr sei vereinbart worden, dass bei Beschwerdezunahmen, Zunahme des Leidensdrucks, zunehmender Analgetikabedürftigkeit oder Auftreten von persistierenden Sensibilitätsstörungen oder Paresen eine Spondylodese L5/S1 unum- gänglich sei, dass die Patientin schliesslich vor allem anhand ihres Leidensdrucks den Operationszeitpunkt festlege. Zwischenzeitlich sollte die Patientin die Physiotherapie mit Rückenschule und entlordosierender Therapie weiter fortsetzen und hier vor allem zu Heimübungen instruiert werden, die regelmässig durchgeführt werden sollten. Nach einer weiteren Vorstellung in der Sprechstunde vom 10. November 2016 (IV-act. 12 - 1/10 f.) wurde am 21. November 2016 am Spital H. _____ die von Dr. G. _____ vorgeschlagene Operation – eine dorsale Dekompression und

Stabilisation TLIF L5/S1, Solera 6.5 mm polyaxial, Hygro Cage, lokale Autograft/Graftongemisch – durchgeführt (IV-act. 11 - 11/18 f.). Im Austrittsbericht vom 1. Dezember 2016 wurden ein komplikationsloser postoperativer Verlauf, ohne Auftreten neuer neurologischer Defizite, und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 21. November bis 22. Dezember 2016 festgehalten (IV-act. 12 - 5/10 f.). Nach zunächst erfreulichem Verlauf bei anamnestisch schmerzfreier Patientin (IV-act. 12 - 7/10 f.) wurde im Sprechstundenbericht vom 24. Februar 2017 (IV-act. 12 - 9/10 f.) festgehalten, dass knapp drei Monate nach der Operation weiterhin einschränkende Beschwerden vorhanden seien, weshalb die Klinik D. _____ gebeten werde, die Patientin für eine mögliche stationäre Rehabilitation anzubieten. Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis für die aktuell arbeitssuchende Reinigungsfachfrau dauere noch bis am 28. Februar 2017; danach werde die Hausärztin um eine regelmässige Evaluation der aktuellen Arbeitsunfähigkeit gebeten. Die Physiotherapie sei bis zur

E. 12

Urteil S 2019 50 möglichen weiteren Rehabilitation in der Klinik D. _____ weiterzuführen. Die Analgesie mit Targin [Opioid mit starkem Suchtpotential] sei komplett zu sistieren und auf eine kombinierte Analgesie mit Dafalgan und Novalgin umzusteigen.

E. 13

Urteil S 2019 50 Aufenthalts kardiopulmonal stabil gewesen. Wegen der bekannten Anämie und des erniedrigten Ferritins und der Folsäure sei eine Therapie mit Folsäure begonnen und eine Eisensubstitution durchgeführt worden. Mit dem Rehabilitationsaufenthalt habe sich das Ziel der Aktivierung, Einstellung der Medikation und Verbesserung der Partizipation erreichen lassen. Die Patientin sei bei Austritt in gebessertem Allgemeinzustand.

E. 14

Urteil S 2019 50 festgehalten, dass bei der Patientin tendenziell gebesserte Verhältnisse bestünden. Nach genauer Durchsicht der vorhandenen Bildgebungen bestehe die Möglichkeit einer Spondylolyse L4/5, weshalb eine Standortbestimmung mittels CT-LWS und dynamischer Röntgenaufnahmen der LWS empfohlen werde.

E. 15

Urteil S 2019 50 Die Versicherte würde nach eigenen Angaben 100 % arbeiten im Bereich Reinigungen, Hilfsarbeiten; sie habe auch früher schon mehr arbeiten wollen, habe aber keinen 100 %-Job angeboten bekommen. Das Leben der Eltern werde mehr oder weniger von der Tochter, teilweise auch von der Sozialhilfe des Sohnes, finanziert. Im Haushalt würden der Versicherten praktisch alle Arbeiten abgenommen, damit sie nicht noch mehr Schmerzen bekomme und da Ehemann und Sohn den ganzen Tag zu Hause seien. Nach Ansicht der Abklärungsperson seien dem Ehemann und dem Sohn im Sinne der Schadenminderungspflicht Haushaltsarbeiten zumutbar. L. _____ konnte bei der Versicherten im Ergebnis und unter Berücksichtigung der Hilfe der Familienmitglieder in keinem einzigen Aufgabenbereich im Haushalt eine Einschränkung feststellen.

E. 16

Urteil S 2019 50

E. 17

Urteil S 2019 50 Somatisch: muskuläre Dysbalance und Insuffizienz, regredient nach Dekompression und Stabilisation sowie stationäre Rehabilitation, Schwellung Nervenwurzel L5 links, degenerative Veränderung L4/5; psychisch: im Vergleich zu 2017 regrediente getrübe Stimmung und Antriebsminderung. Die bisherigen Therapien hätten eine erhebliche Besserung der Symptomatik gezeigt; aktuell stagniere der Verlauf. Es bestünden nach wie vor Einschränkungen in der Partizipation und in der Lebensqualität. In diesem Fall bei einer gut motivierten Patientin werde eine erneute Intensivierung der Therapie im stationären Setting für zwei Wochen empfohlen. Ziel sei eine weitere Edukation wie Intensivierung des aktiven und entspannenden Heimprogramms zur weiteren Besserung der physischen und psychischen Überlastbarkeit der Partizipation und der Lebensqualität.

E. 18

Urteil S 2019 50 die Arbeitsfähigkeit fest und gelangten zu folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die selbe: 1. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41); 2. chronisches lumbospondylogenes Syndrom; nicht ausreichend somatisch abstützbar, krankheitsfremde Faktoren, diffuse Druckschmerzangabe, multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit, Kraftverlust der Beine; 3. Verdacht auf subklinische Hypothyreose. Zusammenfassend sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu bestätigen. Als Teil-/Ausdruck dieser Störung zeigten sich immer wieder unterschiedlich ausgeprägte ängstlich-niedergeschlagene Verstimmungen; auf soziale Belastungen sei dabei ebenso hinzuweisen. Es seien die Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den somatisch-pathologischen Befunden im Zusammenhang mit krankheitsfremden Faktoren und/oder einer Verdeutlichungstendenz zu interpretieren. Die somatisch-pathologischen Befunde begründeten die im somatischen Fach-Gutachten erwähnten Diagnosen, jedoch keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen hielten sie fest, dass in einem geringen Ausmass somatisch-pathologische Befunde objektiviert werden könnten, die keine anhaltende somatisch abstützbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Der Somatiker realisiere eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Gesamthaft liessen sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht nur geringe Defizite in den Bereichen Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen aufgrund körperlicher Missempfindungen und niedergeschlagen-ängstlicher Verstimmungen beschreiben. Es sei dabei weit überwiegend auf die Selbsteinschätzung der versicherten Person abzustellen. Zu den eventuell relevanten Persönlichkeitsaspekten führten die Gutachter aus, dass die Versicherte in der Interaktion sozial angepasst und sehr kompetent sei. Ihr Gesprächsverhalten sei freundlich, zugewandt und kooperativ. Handlungs- und Impulskontrolle seien stets erhalten. Hinweise auf allfällig relevante akzentuierte Persönlichkeitszüge, eine Persönlichkeitsstörung oder eine Persönlichkeitsänderung seien weder in den Akten zu finden noch würden sie von der Versicherten beschrieben oder seien während der aktuellen Untersuchung erkennbar.

E. 19

Urteil S 2019 50 Zu Belastungsfaktoren und Ressourcen führten sie aus, dass eine Willensanstrengung zur Bewältigung der subjektiv erlebten Defizite auch gemäss Angaben der Versicherten möglich sei (vgl. Aktivitäten des täglichen Lebens, Reisen). Zudem verfüge sie über persönliche Ressourcen (vgl. Abstinenz von Alkohol und Drogen) und einen geordneten sozialen Kontext mit regelmässiger familiärer Unterstützung. Beim Verlauf der Störung seien auch nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu beachten (bspw. Lebensalter, Herkunft, Migration, fehlende Schul- und Berufsbildung, einfache und geringe berufliche Erfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, fehlende Deutschkenntnisse, finanzielle Sorgen, Erwerbslosigkeit von Ehemann und Sohn, Krankheit des Ehemannes). Bei der Konsistenzprüfung nehme der Rheumatologe die Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden am Bewegungsapparat und den objektivierbaren Befunden zur Kenntnis. Diese Diskrepanzen könne der Rheumatologe nicht mit einem somatisch-pathologischen Befund begründen. Gesamthaft ergäben sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte, der in den Akten dokumentierten fremdanamnestischen Angaben und des aktuellen Untersuchungsbefundes aus versicherungspsychiatrischer Sicht vielfältige Belege für eine aktuelle und/oder im Verlauf stattgefundene bewusstseinsnahe Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtigt, könne für die bislang in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Das Gleiche gelte für die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Bei den Blut- und Urinuntersuchungen hätten sich beim Mirtazapin und Desmethylmirtazapin [ein Antidepressivum; auch als Remeron verfügbar] Werte unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenzen ergeben, was gegen die Einnahme dieses Medikaments spreche.

E. 20

Urteil S 2019 50 fähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen aufgrund körperlicher Missempfindungen und niedergeschlagen/ängstlicher Verstimmungen beschreiben"; "Hinweise auf allfällig relevante akzentuierte Persönlichkeitszüge, eine Persönlichkeitsstörung oder eine Persönlichkeitsänderung sind weder in den Akten zu finden, noch werden sie von der VP beschrieben und/oder sind anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbar"; "Eine Willensanstrengung zur Bewältigung der subjektiv erlebten Defizite ist auch gemäss Angaben der VP möglich (vgl. Aktivitäten des täglichen Lebens, Reisen)"; "Die Werte für Mirtazapin und sein Abbauprodukt Desmethylmirtazapin liegen unterhalb der jeweiligen Nachweisbarkeitsgrenzen, was gegen die Einnahme des Medikaments spricht"; "gesamthaft ergeben sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte, der in den Akten dokumentierten fremdanamnestischen Angaben und des aktuellen Untersuchungsbefundes aus versicherungspsychiatrischer Sicht vielfältige Belege für eine aktuelle und/oder im Verlauf stattgefundene bewusstseinsnahe Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen". Nach Ansicht der Gutachter lasse sich für die in der Schweiz bislang ausgeübten Tätigkeiten für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Doktor R. _____ führte sodann aus, dass das Gutachten inhaltlich und formal korrekt sei und die an ein medizinisches Gutachten gestellten Qualitätskriterien zu erfüllen vermöge (IV-act. 58). Auch die Indikatorenprüfung (gemäss den Kategorien "funktioneller Schweregrad" und "Konsistenz") sei hinlänglich erfolgt. Als Fazit könne das Gutachten daher der IV-Stelle

als Entscheidungsgrundlage empfohlen werden. Für die bislang in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten lasse sich für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, vorausgesetzt (Ergänzung R. _____), dass diese keine überwiegend schwere und in unergonomischen Wirbelsäulen-Zwangshaltungen auszuübende Tätigkeiten beinhalteten.

E. 21

Urteil S 2019 50 beitsunfähigkeitsatteste von Dr. E. _____ könne unter diesen Umständen auch nicht näher eingegangen werden. Keinen Einfluss auf die Invalidität hätten Sprachkenntnisse und Schulbildung. Im Ergebnis sei – unabhängig davon, wie hoch das Haushaltspensum angesetzt werde – von keiner invalidisierenden und damit rentenbegründenden Einschränkung auszugehen, weshalb an der Leistungsablehnung festzuhalten sei. Für die bis 31. Dezember 2017 geltende IV-Verordnung für teilerwerbstätige Versicherte errechnete die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 1 %; dabei ging sie von einem je 50%igen Anteil von Erwerbstätigkeit bzw. Haushalt aus und ermittelte eine Einschränkung von 3 % bzw. 0 %. Ab dem 1. Januar 2018 gelangte sie zu einem Invaliditätsgrad von 25 % (Einkommen ohne gesundheitliche Einschränkung Fr. 53'368.–, Einkommen mit gesundheitlicher Einschränkung Fr. 26'196.–, Erwerbseinbusse Fr. 27'172.– = Einschränkung 51 % / bei je 50%igem Anteil Erwerbstätigkeit bzw. Haushalt betrage die Einschränkung 51 % bzw. 0 % und der Teilinvaliditätsgrad 25 %).

E. 22

Urteil S 2019 50 (wegen Ablehnung der Kostengutsprache für eine damals medizinisch indizierte stationäre muskuloskelettale Rehabilitation) deutlich verschlechtert. Klinisch bestehe heute eine mittelgradige Depression.

E. 23

Urteil S 2019 50 treffend und nachvollziehbar und ergibt sich ohne Weiteres aus der bei der Beschwerdeführerin bestehenden Rückenproblematik, vermag indessen nichts Wesentliches an der Beweiskraft des Gutachtens der Dres. B. _____ und C. _____ zu ändern. Im Folgenden bleibt zu prüfen, ob die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen und Einwendungen gegen das Gutachten stichhaltig sind und an dessen Beweiswert etwas zu ändern vermögen.

E. 24

Urteil S 2019 50 bis 3. Mai 2017 im Übrigen beispielsweise eine Verschlechterung beim 6-Minuten-Gehtest um rund 15 % trotz Therapie, wobei der Puls während der Durchführung notabene keinen Anstieg verzeichnete, was auch an der Motivation der Beschwerdeführerin zweifeln lässt. Im Rahmen der ambulanten Konsultation vom 13. April 2018 wurden beim neurologischen Status keine wesentlichen Probleme erwähnt (IV-act. 39 - 2/2). Im ärztlichen Kurzbericht vom 18. April 2019 – mithin nach Verfügungserlass und daher grundsätzlich auch nicht mehr zu berücksichtigen – werden als Rehabilitationsdiagnosen des Klinikaufenthalts vom 1. bis 21. April 2019 Schmerzen mit Ausweitung u.a. nach ventralem Oberschenkel rechts, neuropathisch, erwähnt, ohne dass neurologische Abklärungen erfolgt oder auch nur angedacht worden wären. Im Weiteren hat sich nicht einmal die Hausärztin Dr. E. _____ bisher veranlasst gesehen, eine solche neurologische Untersuchung in die Wege zu leiten, was doch naheliegend gewesen wäre. In den verschiedenen Arztberichten, bei denen sie der Beschwerdeführerin stets eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte, beschreibt sie den Gesundheitszustand meist als

stationär mit chronischen Schmerzen bei unveränderten Befunden, ohne eine neurologische Problematik zu erwähnen (IV-act. 18 – 2/12, 34 – 1/4 und 42 – 1/2). Die Resilienz (d.h. die psychische Widerstandskraft) sei – so die Beschwerdeführerin schliesslich – im Gutachten nicht diskutiert worden. Dieser Vorhalt ist unzutreffend. Bei der Abhandlung und im Rahmen des Indikatorenkatalogs ist genau diese Resilienz, wenn auch ohne diesen Begriff wörtlich zu verwenden, einlässlich diskutiert worden.

E. 25

Urteil S 2019 50 geeignete und auch genügende Grundlage zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt bildet (siehe dazu Art. 69 Abs. 2 IVV und auch Rz. 3084 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH, in der im Abklärungszeitpunkt bzw. bis 31. Dezember 2017 noch geltenden Fassung; Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2017 vom 12. Juli 2018 Erw. 4.2 ff. mit zahlreichen Hinweisen). L._____ konnte bei ihrer Abklärung keine wesentlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt feststellen, wobei sie auch darauf hinwies, dass die meisten Aufgaben von den im gleichen Haushalt lebenden Familienangehörigen (insbesondere dem Sohn und auch der Tochter) erledigt würden, was sie auch unter dem Aspekt der Schadenminderungspflicht als durchaus zumutbar bewertete. Auch wenn der Abklärungsbericht anderthalb Jahre vor der angefochtenen Verfügung erstattet wurde, muss keine neue Abklärung in Auftrag gegeben werden, da die Verhältnisse offensichtlich gleichgeblieben sind und sich die Dres. B._____ und C._____ in ihrem Gutachten auch zur Tätigkeit im Haushalt geäußert haben und dabei keine wesentlichen Einschränkungen feststellen konnten, was insbesondere hinsichtlich der psychischen Problematik mehr zu gewichten ist als die Haushaltsabklärung vor Ort, die vor allem für die Erhebung körperlicher Einschränkungen geeignet und prädestiniert ist. Konkrete weitere Beanstandungen am Haushaltsbericht hat die Beschwerdeführerin nicht vorgebracht.

E. 26

Urteil S 2019 50 Tätigkeit; hier ist ihm zu folgen, soweit er körperlich schwere bis überwiegend mit- telschwere Tätigkeiten und Arbeiten in Zwangshaltungen (wie etwa Reinigungsarbeiten) als nicht mehr zumutbar erachtet und daher ausschliesst. 6. Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades ist vorab die Statusfrage zu klären. Dass die IV-Stelle von einer 50%igen Erwerbstätigkeit und einer 50%igen Tätigkeit im Aufgabebereich Haushalt ausgeht, wird von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet und fällt in Berücksichtigung der Vorgeschichte und der Lebensumstände eher zu ihren Gunsten aus. Der Sohn der Beschwerdeführerin hat im Rahmen der Haushaltsabklärung zwar nach Nachfrage bei der Mutter erklärt, dass sie im Gesundheitsfall aus finanziellen Gründen eine volle Erwerbstätigkeit ausüben würde. Die Beschwerdeführerin hat indessen – wie sich dem Auszug aus dem Individuellen Konto entnehmen lässt (IV-act. 9) – offensichtlich zu keiner Zeit eine 100%-Erwerbstätigkeit ausgeübt und zwar auch nicht bei voller Gesundheit und vor Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ungefähr im Jahr 2016. Ihre Einsätze bewegten sich vielmehr im Stundenbereich; nach eigenen Angaben hat sie in den Jahren vor den gesundheitlichen Problemen um die 40 Std. monatlich gearbeitet, wobei sie im Oktober 2013 sogar über 60 Std. gearbeitet habe, was in diesem Monat einem Pensum von kaum einem Drittel entspricht (IV-act. 19 – 3/10). Dass sie als Gesunde keiner vollen Erwerbstätigkeit nachgegangen war, kann auch nicht allein daran gelegen haben, dass ihr einfach kein grösseres Pensum angeboten worden sei, wie sie selber

glaubhaft machen will. Der Ehemann ist offenbar bereits seit Jahren arbeitslos und ausgesteuert, sodass aus finanziellen Gründen bereits früher die Notwendigkeit bestanden hätte, den Stundeneinsatz auszuweiten. Von aktiven Bemühungen, ein höheres Pensum zu erreichen, ist nicht die Rede und solche werden auch gar nicht geltend gemacht. Auch die Betreuung ihrer Kinder mit Jahrgang 1987, 1990, 1991 und 1993 dürfte sie nicht von einem höheren Pensum abgehalten haben, da diese in der fraglichen Zeit schon mehr oder weniger erwachsen und selbständig waren und ihre Betreuung dementsprechend nicht mehr notwendig oder zumindest nicht mehr allzu intensiv gewesen sein dürfte. Selbst die bescheidenen oder gar fehlenden Deutschkenntnisse der Beschwerdeführerin hätten einen zeitlich ausgedehnteren Einsatz zugelassen und nicht unmöglich gemacht, nachdem sie doch als Reinigungsmitarbeiterin beschäftigt worden war. Ob sie tatsächlich – wie behauptet – Analphabetin ist, ist unklar, wurde in der IV-Anmeldung doch immerhin ein Besuch der Schule im Kosovo angegeben (IV-act. 1 – 5/8) und im Lebenslauf werden ebenfalls vier Jahre Primarschule erwähnt (IV-act. 23). Diese Angaben müssen wohl von ihr selber stammen, auch wenn sie diese nicht selber niedergeschrieben hat. Selbst wenn sie Analphabetin wäre, würde dies intellektuell einfache Tätigkeiten noch keineswegs generell

E. 27

Urteil S 2019 50 ausschliessen. Dementsprechend ist, wie es die Vorinstanz getan hat, bei der Statusfrage von einer 50%igen ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit in einer der Rückenproblematik angepassten Beschäftigung auszugehen. 7. Zusammenfassend lässt sich damit festhalten, dass die IV-Stelle alle notwendigen Abklärungen vorgenommen hat, sodass die Anträge der Beschwerdeführerin auf weitere Abklärungen bezüglich Haushaltes und Neurologie abzuweisen sind. Die Beschwerdeführerin ist nach abgeheilter Rückenoperation spätestens ab September 2017 wieder voll arbeitsfähig für leidensangepasste Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen. Es steht zu Gunsten der Beschwerdeführerin auch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass sie bei voller Gesundheit und in Berücksichtigung der angespannten finanziell-familiären Situation einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Umfang von maximal 50 % nachgehen würde. Die fehlenden Deutschkenntnisse und der behauptete Analphabetismus dürften das Finden einer Arbeitstätigkeit zwar erschweren, nicht aber von vornherein ausschliessen, da auch leichte Tätigkeiten nachgefragt werden, die keine besonderen Sprachkenntnisse oder gar schriftliches Arbeiten voraussetzen. Im Aufgabenbereich Haushalt ist die Beschwerdeführerin ebenfalls nicht eingeschränkt, soweit es sich dabei nicht um Arbeiten wie von RAD-Arzt Dr. R. _____ beschrieben handelt. Schwerere Arbeiten im Haushaltsbereich werden gemäss Haushaltsabklärung unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht zumutbarerweise durch Familienangehörige übernommen. Die Berechnungen des Invaliditätsgrades durch die IV-Stelle halten einer summarischen Prüfung ohne weiteres stand – auch wenn der Leidensabzug von 5 % als eher grosszügig zu qualifizieren ist – und werden im Übrigen von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet. Der Invaliditätsgrad beträgt daher ab 1. September bis 31. Dezember 2017 1 % und ab 1. Januar 2018 (seit der geänderten IV-Verordnung) 25 %, was einen Rentenanspruch ausschliesst. Die Beschwerde erweist sich mithin als vollumfänglich unbegründet und muss abgewiesen werden. 8. Der Beschwerdeführerin ist mit Verfügung vom 14. Mai 2019 die unentgeltliche Prozessführung gewährt worden, weshalb ihr für das vorliegende Verfahren in Abweichung von Art. 69 Abs. 1bis IVG keine Kosten aufzuerlegen sind. Eine Parteientschädigung ist der ohnehin nicht anwaltlich vertretenen und vollumfänglich unterliegenden Beschwerdeführerin nicht zuzusprechen.

E. 28

Urteil S 2019 50 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

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