

L'interprétation de l'art. 22 LAI conduit à admettre que **le droit à l'indemnité journalière est réservé aux personnes assurées qui exerçaient une activité lucrative avant l'atteinte à la santé**. La base de calcul de l'indemnité est ainsi le dernier revenu effectivement perçu avant la survenance des limitations. Le refus des indemnités journalières pour les personnes sans activité lucrative ressort clairement de la volonté du législateur (c. 6.2.1).

La notion d'indemnité minimale pour les personnes sans activité lucrative a été supprimée lors de l'entrée en vigueur de la cinquième révision de l'AI. Dès lors, faute de base légale correspondante, l'application conjointe des art. 20^{sexies} al. 1 let. b et 21 al. 3 RAI, en tant qu'elle permettrait de conclure à l'existence d'un droit pour ces personnes-là également, n'est pas conforme au droit (c. 6.3.2). A compter de l'entrée en vigueur de la cinquième révision, au 1^{er} janvier 2008, ces dispositions sont donc contraire au droit supérieur, car elles ne reposent pas sur une délégation législative valable (c. 5.2)

Auteure : Anne-Sylvie Dupont

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 3. Juni 2019 (VBE.2018.629).

Sachverhalt:

A.

A.a. Im Sommer 2010 meldete sich A., geboren 1963, bei der IV-Stelle des Kantons Aargau zum Leistungsbezug an. Gestützt auf medizinische und berufliche Abklärungen sowie den Bericht vom 28. Februar 2013 zur Haushaltsführung lehnte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch am 27. Juni 2013 ab. Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons Aargau am 25. Februar 2014 teilweise gut, hob die Verfügung vom 27. Juni 2013 auf und wies die Sache an die IV-Stelle zu weiteren Abklärungen und neuer Verfügung zurück.

A.b. Gestützt auf zusätzliche Abklärungen, namentlich die durchgeführte Observation, das polydisziplinäre Gutachten der medaffairs, Basel, vom 10. November 2016 und dessen Ergänzung vom 23. Januar 2018, sowie den bereits aktenkundigen Haushaltsbericht vom 28. Februar 2013 lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Juli 2018 den Anspruch auf eine Invalidenrente erneut ab.

B.

Das Versicherungsgericht des Kantons Aargau hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 3. Juni 2019 teilweise gut und sprach A. ab 1. März 2011 eine halbe Invalidenrente zu.

C.

A. lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen mit dem Antrag, es sei der vorinstanzliche Entscheid aufzuheben und ihr ab 1. März 2011 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

Die IV-Stelle schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherungen verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht, unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen).

1.2. Das Bundesgericht kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG). Überdies muss die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein (Art. 97 Abs. 1 BGG). Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur so weit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt (Art. 99 Abs. 1 BGG).

Die beschwerdeführende Partei, welche die Sachverhaltsfeststellungen der Vorinstanz anfechten will, muss substantiiert darlegen, inwiefern die Voraussetzungen einer Ausnahme gemäss Art. 105 Abs. 2 BGG gegeben sind und das Verfahren bei rechtskonformer Ermittlung des Sachverhalts anders ausgefallen wäre; andernfalls kann ein Sachverhalt, der vom im angefochtenen Entscheid festgestellten abweicht, nicht berücksichtigt werden (BGE 140 III 16 E. 1.3.1 S. 18 mit Hinweisen).

2.

Streitig ist, ob das kantonale Gericht der Versicherten zu Recht ab 1. März 2011 nur eine halbe Invalidenrente zugesprochen hat.

3.

Die Vorinstanz hat die Bestimmungen und Grundsätze über den Begriff der Invalidität (Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG), den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 und 2 IVG) sowie die beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352), namentlich von Administrativgutachten nach Art. 44 ATSG (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470) und von Berichten im Haushalt (BGE 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468; 130 V 61 E. 6.2 S. 62 f.; 128 V 93), zutreffend dargelegt. Dasselbe gilt für die Ermittlung des Invaliditätsgrades nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG;

Art. 27 IVV; BGE 143 I 50 E. 4 S. 58; 143 I 60 E. 3.3.4 S. 64; 133 V 477 E. 6.3 S. 486; 133 V 504 E. 3.3 S. 507; 125 V 146 E. 2c S. 150 mit Hinweis). Darauf wird verwiesen.

4.

Die Vorinstanz hat gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der medaffairs vom 10. November 2016 und dessen Ergänzung vom 23. Januar 2018 festgestellt, bei der Versicherten bestehe sowohl hinsichtlich des angestammten Berufs als auch in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Diese Beurteilung der Experten sah das kantonale Gericht durch die Einschätzung der Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) gemäss ihren Berichten vom 2. Februar 2018 und vom 23. Mai 2018 nicht in Frage gestellt, da die vom Neurologen der medaffairs gestellten Verdachtsdiagnosen keinen Eingang in die Gesamtbeurteilung gefunden und die Gutachter sich zu den Aggravationstendenzen und Überzeichnungen in nachvollziehbarer Weise geäußert hätten. Nach Durchführung einer summarischen Indikatorenprüfung bestätigte es die von den Experten attestierte Arbeitsunfähigkeit. Bei der Statusfrage bejahte die Vorinstanz die von der IV-Stelle festgelegte Aufteilung in 40 % Erwerbstätigkeit und 60 % Aufgabenbereich Haushalt. Dabei berief sie sich auf die vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung und vor Gründung einer Familie tatsächlich ausgeübte Erwerbstätigkeit und verneinte die Anwendung der Rechtsprechung "di Trizio" (Entscheid 7186/09 des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 2. Februar 2016; BGE 143 I 50 E. 4 S. 58 und 60 E. 3.3.4 S. 64), da diese nur dann massgebend sei, wenn allein familiäre Gründe für einen Statuswechsel sprechen würden. Bezüglich des Haushaltes erachtete das kantonale Gericht den Bericht vom 28. Februar 2013 als massgebend, da der Abklärungsperson die Diagnosen, wie sie im Gutachten vom 10. November 2016 gestellt worden seien, bekannt gewesen seien; zudem weise die Versicherte gemäss Gutachten vom 10. November 2016 einen seit 2010 im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand auf. Bezüglich des Einwandes, die Söhne seien ausgezogen und könnten keine Unterstützung mehr leisten, verwies das kantonale Gericht auf den massgeblichen Sachverhalt bei Verfügungserlass, als beide Söhne noch zu Hause gewohnt hätten. Somit ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 53 % ($100 \% \times 40/100 + 21 \% \times 60/100$). Die Versicherte habe demnach Anspruch auf eine halbe Invalidenrente seit 1. März 2011.

5.

5.1. Die Versicherte macht geltend, entgegen der Ansicht von Verwaltung und Vorinstanz sei sie als Vollerwerbstätige einzustufen. Es sei offensichtlich unrichtig, wenn das kantonale Gericht davon ausgehe, sie würde im Gesundheitsfall höchstens 40 % erwerbstätig sein, bloss weil sie nie voll erwerbstätig gewesen sei. Dazu führt sie einlässlich auf, was sie seit ihrer Einreise in die Schweiz verdient hat, und gibt an, sie habe sich vor der Geburt der Kinder stets um eine Vollzeiterwerbstätigkeit bemüht.

Die Vorbringen der Versicherten beruhen auf einem Sachverhalt, der vom vorinstanzlich festgestellten abweicht, ohne dass sie darzutun vermag, inwiefern letzterer offensichtlich unrichtig resp. willkürlich sein soll. Auf diese appellatorische Kritik am vorinstanzlichen Entscheid ist daher nicht weiter einzugehen. Auch ist es weder willkürlich noch sonstwie bundesrechtswidrig, wenn die Vorinstanz gestützt auf den Umstand, dass die Versicherte nie - weder vor noch nach der Geburt ihrer Kinder - voll erwerbstätig gewesen sei und in den Formularen für die drei Jahre vor Anmeldung zum Leistungsbezug ein Arbeitspensum von wenigen Stunden resp. von 25 bis 30 % angegeben habe (vgl. etwa den Bericht der Klinik B. vom 6. August 2007, oder die Anmeldung zum Leistungsbezug), von einer Erwerbstätigkeit von 40 % im Gesundheitsfall ausgegangen ist. Daran vermag auch der Einwand, sie habe seit 2004 zunehmend an gesundheitlichen Beschwerden gelitten, nichts zu ändern. Denn dies

findet in den Akten keine Stütze und es ist nicht ersichtlich, weshalb nicht auf die Angaben der Versicherten über ihre aktuelle Erwerbstätigkeit in den drei Jahren vor Anmeldung zum Leistungsbezug resp. vor dem sozialversicherungsrechtlich massgebenden Eintritt des Gesundheitsschadens abzustellen wäre. Auch der Verweis darauf, sie habe stets in sogenannt prekären Anstellungen gearbeitet, führt zu keiner anderen Beurteilung.

5.2. Soweit sich die Versicherte auf eine Verletzung der Begründungspflicht im Sinne eines Verstosses gegen den Grundsatz von Treu und Glauben nach Art. 9 BV beruft, kann ihr nicht gefolgt werden. Denn nach der Rechtsprechung liegt eine Verletzung der (auf dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV basierenden) Begründungspflicht nur vor, wenn dem vorinstanzlichen Entscheid nicht einmal summarisch zu entnehmen ist, von welchen Überlegungen sich das Gericht hat leiten lassen, wobei es sich nicht mit jedem Einwand einzeln auseinanderzusetzen hat (BGE 136 I 184 E. 2.2.1 S. 188, 229 E. 5.2 S. 236). Im kantonalen Entscheid sind die für die Vorinstanz wesentlichen Punkte mit hinreichender Begründung dargelegt, so dass die Versicherte ohne Weiteres in der Lage war, diesen in voller Kenntnis der Sache beim Bundesgericht anzufechten.

5.3. Die Versicherte rügt, es verstosse gegen Art. 8 BV, wenn sie nicht als Vollerwerbstätige behandelt werde.

5.3.1. Das Gebot der rechtsgleichen Behandlung (Art. 8 Abs. 1 BV) ist verletzt, wenn ein Erlass hinsichtlich einer entscheidungswesentlichen Tatsache rechtliche Unterscheidungen trifft, für die ein vernünftiger Grund in den zu regelnden Verhältnissen nicht ersichtlich ist, oder wenn er Unterscheidungen unterlässt, die sich aufgrund der Verhältnisse aufdrängen. Gleiches muss nach Massgabe seiner Gleichheit gleich und Ungleiches nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich behandelt werden. Die Frage, ob für eine rechtliche Unterscheidung ein vernünftiger Grund in den zu regelnden Verhältnissen ersichtlich ist, kann zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich beantwortet werden, je nach den herrschenden Anschauungen und Verhältnissen. Dem Gesetzgeber bleibt im Rahmen dieser Grundsätze und des Willkürverbots ein weiter Gestaltungsspielraum (BGE 142 II 425 E. 4.2 S. 427; 142 V 488 E. 7.1 S. 498; je mit Hinweisen).

5.3.2. Das kantonale Gericht hat in für das Bundesgericht verbindlicher Weise (E. 1.2) festgestellt, dass die Versicherte vor Eintritt des Gesundheitsschadens stets teilzeitlich und im Niedriglohnsektor gearbeitet hat. Entgegen ihrer Ansicht ist das Ausmass der Beschäftigung vor Eintritt des Gesundheitsschadens (Teil- oder Vollzeiterwerbstätigkeit) ein sachliches und vernünftiges Kriterium für die unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen zur Ermittlung des Invaliditätsgrades von voll- und teilzeitlich Erwerbstätigen und stellt daher keinen Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot von Art. 8 Abs. 1 BV dar, zumal dem Gesetzgeber ein grosses Ermessen zukommt. Soweit sie sich auf ihren niedrigen Lohn beruft, ist darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung bei ausgewiesenem unterdurchschnittlichem Valideneinkommen eine Anpassung auf den branchenüblichen Lohn stattfindet (BGE 135 V 58 und 297 sowie seither ergangene Urteile). Solches macht sie jedoch nicht geltend. In diesem Zusammenhang bleibt anzufügen, dass es an jeglichen objektiven Anhaltspunkten fehlt für die Aussage der Versicherten, sie habe unfreiwillig und bloss infolge schlechter Arbeitslage bzw. sich verschlechternden Gesundheitszustandes vor Eintritt des Gesundheitsschadens (2010) nur teilzeitlich gearbeitet. So gab sie bereits während ihres Aufenthalts in der Klinik B. im Sommer 2007 an, sie arbeite insgesamt täglich ca. drei Stunden. Auch fehlen Anhaltspunkte in den Akten für Bemühungen hinsichtlich einer vollzeitlichen Arbeitsstelle. Schliesslich ist auf die von der Versicherten unter Verweis auf ihre vorinstanzliche Beschwerde erhobenen Einwände nicht weiter einzugehen, da

es diesbezüglich an einer Auseinandersetzung mit dem vorinstanzlichen Entscheid fehlt (vgl. Urteil 8C_256/2019 vom 23. August 2019 E. 6.3 mit Hinweisen).

5.4. Die Versicherte rügt weiter, bezüglich des Aufgabenbereichs Haushalt könne nicht auf den Bericht vom 28. Februar 2013 abgestellt werden.

Die Vorinstanz ging im Aufgabenbereich gestützt auf den Bericht vom 28. Februar 2013 von einer Einschränkung von 21 % aus.

Gemäss dem medaffairs-Gutachten vom 10. November 2016 besteht im Aufgabenbereich Haushalt eine Einschränkung von 40 %. Zwar sind die medizinischen Spezialärzte keine Experten hinsichtlich einer Haushaltsabklärung, doch sind deren Angaben bezüglich der physischen und psychischen Einschränkungen ein gewichtiger Hinweis dafür, welche Arbeiten im Haushalt noch möglich und zumutbar sind; widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen (SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86, 9C_201/2011 E. 2 und Urteil 9C_671/2017 vom 12. Juli 2018 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch SVR 2018 IV Nr. 7 S. 23, 8C_157/2017 E. 4.3). Angesichts der von den Fachärzten im Jahre 2016 attestierten Einschränkungen kann auf den Bericht vom 28. Februar 2013 nicht mehr abgestellt werden. Daran ändert auch der Hinweis der Vorinstanz nichts, im Gutachten vom 10. November 2016 seien bloss die bereits bekannten Diagnosen gestellt und ein seit 2010 unveränderter Gesundheitszustand festgehalten worden. Immerhin weichen die medizinischen Experten unter ausdrücklicher Erwähnung ihrer divergierenden Ansicht vom Abklärungsbericht ab und halten ein wesentlich anderes Leistungsvermögen im Haushalt fest als jenes, welches der Beurteilung im Jahr 2013 zugrundelag. Damit bestehen hinreichend Zweifel an der Massgeblichkeit der Haushaltsabklärung von 2013 als Grundlage für die Leistungsbeurteilung per Juli 2018, so dass Vorinstanz und Verwaltung gehalten gewesen wären, diesbezüglich aktuelle Abklärungen zu veranlassen.

5.5. Bei diesem Ergebnis ist die Sache unter Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids an die IV-Stelle zur Einholung eines aktuellen Haushaltsberichts und zu neuer Verfügung zurückzuweisen.

6.

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Nach konstanter Rechtsprechung wird eine Rückweisung zu neuer Abklärung als Obsiegen qualifiziert (BGE 141 V 281 E. 11.1 S. 312 mit Hinweisen). Die Gerichtskosten werden deshalb der IV-Stelle auferlegt (Art. 66 Abs. 1 BGG). Die Versicherte hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle (Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 3. Juni 2019 und die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Aargau vom 9. Juli 2018 werden aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Verfügung an die IV-Stelle des Kantons Aargau zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2800.- zu entschädigen.

4.

Die Sache wird zur Neuverlegung der Kosten und der Parteientschädigung des vorangegangenen Verfahrens an das Versicherungsgericht des Kantons Aargau zurückgewiesen.

5.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.