

BL_GERICHTE 720 18 284 / 182 vom 25. Juli 2019

BL Gerichte, 2019-07-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_18_284___182

FR: BL_GERICHTE 720 18 284 / 182 du 25 juillet 2019

IT: BL_GERICHTE 720 18 284 / 182 del 25 luglio 2019

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 11. September 2018 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). 3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre 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 gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu

verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 3.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b). Bei nichterwerbstätigen Versicherten, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) 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 behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, 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 Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit bzw. der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung). Seit dem 1. Januar 2018 bestimmt Art. 27 bis Abs. 3 lit. a IVV, dass sich die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, nach Art. 16 ATSG richtet, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird. Ausgangspunkt bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet somit die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig bzw. im Aufgabenbereich eingeschränkt ist. 3.5 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt -, ergibt sich nach konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 133 V 508 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen). Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 150 E. 2c, 117 V 194 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2011, 9C_741/2011, E. 2.1; je mit

Hinweisen).

E. 4

Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Auflage, Bern 2014, S. 537 f. Rz 2 ff.). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er wird ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Zu beachten ist jedoch, dass der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig ausschliesst, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle bzw. des Sozialversicherungsgerichts ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (Locher/Gächter, a.a.O., S. 548 Rz 56). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

E. 4.1

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

E. 4.2

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

E. 4.3

Die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV]). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (vgl. BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258; Urteil 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1).

E. 4.4

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts zu differenzieren: Stützt sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen - zu denen die RAD-Berichte gehören -, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7; zum Ganzen auch: Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2015, 9C_627/2015, E. 2 mit weiteren Hinweisen).

E. 4.5

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Schweizerisches Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts

vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

E. 5

Bei der Würdigung des vorliegenden medizinischen Sachverhalts sind insbesondere die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

E. 5.1

Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Medizin, stellte gemäss Unfallmeldung vom 14. August 2014 eine Verdrehung/Stauchung des rechten Schultergelenks und eine Verdrehung/Stauchung der linken Hüfte fest. Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem Unfallzeitpunkt bis zum 19. August 2014. Mit Schreiben vom 16. September 2014 hielt Dr. C.____ gegenüber dem zuständigen Unfallversicherer fest, dass die Patientin ab dem 21. August 2014 zu 50% und ab dem 5. September 2014 zu 100% arbeitsfähig sei. Gemäss Auskunft der Arbeitgeberin an den Unfallversicherer habe die Versicherte ab 18. August 2014 wieder im vollen Umfang gearbeitet.

E. 5.2

Am 9. Dezember 2014 diagnostizierte Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine traumatische kombinierte Läsion der Supraspinatussehne (eher nicht transmural) mit Oberrandläsion der Subscapularissehne und superiorer Subluxation der rechten Bizepssehne nach Trauma am 8. August 2014, ein Diabetes Mellitus Typ 2 (unter oraler Therapie), eine arterielle Hypertonie, einen Verdacht auf ein verkalktes Meningeom der Fossa temporalis links, chronische Spannungskopfschmerzen sowie einen Status nach antibiotischer Therapie eine jugulären Lymphknoten-Tuberkulose rechts. Er empfehle die baldige operative Versorgung der Schulter.

E. 5.3

Mit Arztzeugnis vom 14. Januar 2015 stellte der behandelnde Hausarzt rückwirkend ab 13. November 2014 bis 2. Februar 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest.

E. 5.4

Am 3. Februar 2015 wurden bei der Patientin eine arthroskopische Subscapularis Refixation, eine Acromioplastik und eine Bicepstendonese mini open rechts durchgeführt. Dr. D.____ hielt mit Arztzeugnis vom 3. Februar 2015 postoperativ eine achtwöchige 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest.

E. 5.5

Mit Berichten und Arztzeugnissen vom 16. März 2015, 24. März 2015, 13. Mai 2015, 5. Juni 2015 berichtete die operierende Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, über den postoperativen Verlauf und schrieb die Patientin bis 27. August 2015 zu 100% arbeitsunfähig.

E. 5.6

Am 27. August 2015 diagnostizierte Dr. E.____ einen Status nach Schulterarthroskopie am 3. Februar 2015, eine aktuelle postoperative Capsulitis adhaesiva rechts, eine traumatisch kombinierte Läsion der ventralen Supraspinatussehne mit Oberrandläsion der Subscapularissehne und superiorer Subluxation der rechten Bizepssehne nach Trauma am 8.

August 2014 sowie die bekannten Nebendiagnosen. Die Patientin berichtete sechs Monate postoperativ von einer deutlichen Verbesserung der ausgeprägten Schmerzen und einer langsamen Verbesserung der Beweglichkeit. Sie werde ab sofort versuchen, ihre Tätigkeit als Raumpflegerin mit dem üblichen Pensum wieder aufzunehmen. Hierbei bleibe eine Beschränkung für Arbeiten über Schulterhöhe. Die Arbeitsunfähigkeit von 60% bleibe bis 30. November 2015 bestehen. Die Physiotherapie werde fortgesetzt.

E. 5.7

Gemäss Arzteugnis von Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Medizin, vom 16. Dezember 2015 sei die Beschwerdeführerin vom 1. Dezember 2015 bis 11. Januar 2016 zu 60% arbeitsfähig.

E. 5.8

Dr. E.____ hielt mit Bericht vom 12. Januar 2016 fest, dass die Patientin neu über Schwindel, Kribbelparästhesien und Einschlafen beider Unterarme und Hände klagte. Auch die Schmerzen in der rechten Schulter hätten in den letzten Wochen zugenommen. Von Seiten der rechten Schulter scheine es zu einer Aktivierung des rechten AC-Gelenks gekommen zu sein. Bezüglich des Schwindels und der geäusserten Parästhesien werde empfohlen, einen Halswirbelsäulenspezialisten aufzusuchen. Aktuell betrage die Arbeitsunfähigkeit 50%. Mit Schreiben an den Unfallversicherer vom 22. April 2016 führte sie hierzu ergänzend aus, dass die unfallfremden Befunde der Kribbelparästhesien, dem Einschlafen der Hände sowie der Nackenschmerzen und chronischen Spannungskopfschmerzen den Heilungsverlauf der Schulteroperation erschweren würden. Diesbezüglich seien weitere Abklärungen geplant.

E. 5.9

Mit Schreiben vom 16. Februar 2016 berichtete Dr. med. G.____, FMH Neurologie, über das durchgeführte Konsilium und diagnostizierte aus neurologischer Sicht ein chronisches Spannungskopfschmerz seit über zehn Jahren, unbestimmte, nicht-objektivierbare Schwindelsensationen sowie ein bekanntes kleines verkalktes Meningeom links temporal seit 2012. Er habe die Patientin erstmals im Jahr 2012 behandelt. Aktuell berichtete sie von fluktuierenden Beschwerden, in letzter Zeit täglich auftretende Kopfschmerzen betont im Scheitel und verbunden mit einem Druckgefühl hinter den Augen. Häufig habe sie auch Schmerzen rechts occipital. Die Schmerzen würden in der Regel über Stunden andauern. Die beschriebenen Schmerzen entsprächen nach wie vor einem chronischen Spannungstypkopfschmerz. Aufgrund der längeren analgetischen Behandlung mit Tramadol und Paracetamol bestehe ein Verdacht auf analgetikainduzierte Kopfschmerzen.

E. 5.10

Ein CT des Neurocraniums und der Halswirbelsäule am 28. April 2016 ergab eine unverändert grosse kompakte Verkalkung/Verknöcherung medial auf Höhe des Processus clinoideus anterior links in der mittleren Schädelgrube im Verlauf, mässig ausgeprägte degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit Spondylose und Osteochondrose der Halswirbelkörper 5/6 und 6/7, gering ausgeprägte Uncovertebralarthrose auf beiden Höhen sowie im Seitenvergleich eine leichte Einengung des Neuroforamens rechts auf der Höhe der Halswirbelkörper 5/6.

E. 5.11

In seinem Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 20. Mai 2016 diagnostizierte Dr. F._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach arthroskopischer Subscapularis bei Schulterkontusion rechts (mit medialer Bizepssehnenluxation, Subscapulärläsion sowie bursaseitiger Partiaalläsion der Supraspinatussehne bei Impingement), bei einer Tendinopathie der Supraspinatussehne und einer postoperativen Capsulitis adhaesiva; einen Verdacht auf Insertionstendinose der Tibialis posterior-Sehne links am Os naviculare; ein myofaszielles Schmerzsyndrom am Schultergürtel und cervical sowie chronische Spannungskopfschmerzen. Die Situation an der Schulter verbessere sich zunehmend, aktuell beklage die Patientin schmerzhaft Verspannungen im Schultergürtel rechts, Schmerzen im Schultergürtel und in der rechten Schulter sowie im linken Fuss. Er erachte die Patientin vom 1. Mai 2015 bis zum 12. Juni 2016 als zu 25% in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

E. 5.12

Die RAD-Ärztin Dr. med. H._____, Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitative Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 18. Oktober 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: ein Status nach postoperativer Capsulitis adhaesiva nach Schulterarthroskopie rechts sowie ein Status nach aktivierter beginnender AC-Gelenksarthrose rechts. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Verdacht auf eine Insertionstendinose der Tibialis posterior Sehne links am Os naviculare, ein myofaszielles Schmerzsyndrom am Schultergürtel/cervical, chronische Spannungskopfschmerzen, ein Diabetes mellitus Typ 2 (medikamentös behandelt, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas, eine Hyperlipidämie, ein Vitamin B12-Mangel, ein kleines verkalktes Meningeom Fossa temporalis links, eine Dermatochalasie beidseits sowie ein Eisenmangel. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten, leichten wechselbelastenden Verweistätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne repetitive Tätigkeiten über Schulterniveau mit dem rechten Arm, ohne Zwangshaltungen der Halswirbelsäule und ohne Steigen auf Gerüste und Leitern hielt die RAD-Ärztin entsprechend den behandelnden Ärzten fest, dass die Versicherte vom 9. August 2014 bis 17. August 2014 zu 100%, vom 18. August 2014 bis 12. November 2014 zu 0%, vom 13. November 2014 bis 23. August 2015 erneut zu 100%, anschliessend bis 30. November 2015 zu 60%, vom 1. Dezember 2015 bis 10. Januar 2016 zu 40%, vom 11. Januar 2016 bis 30. April 2016 wiederum zu 50% und vom 1. Mai 2016 bis 12. Juni 2016 zu 25% in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Seit 13. Juni 2016 sei sie wieder vollständig arbeitsfähig. Seitens der Unfallverletzung vom 8. August 2014 sei die alltagsrelevante Schulterfunktion wieder hergestellt. Die myofaszial bedingten Nacken-Schulter-Schmerzen und die Spannungskopfschmerzen seien invalidenversicherungsrechtlich als irrelevant einzustufen, da diese sehr gut konservativ behandelt werden könnten und reversibel seien. Die sonstigen vorbestehenden allgemeininternistischen Befunde und Begleiterkrankungen seien vom Hausarzt medikamentös gut eingestellt bzw. einstellbar und hätten nie zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt. Das kleine Meningeom sei seit Jahren stabil und asymptomatisch.

E. 5.13

Kurz nach dem Erlass der Verfügung vom 11. Juli 2018 meldete Dr. F._____ der IV-Stelle mit Attest vom 19. Juli 2018, dass die Versicherte in letzter Zeit unter vermehrten die Arbeitsfähigkeit einschränkenden muskuloskelettalen Schmerzen leide, weshalb er eine fachärztliche Untersuchung veranlasst habe. Aktuell sei die Patientin zu 50%

arbeitsunfähig.

E. 5.14

Im vorliegenden Verfahren reichte die Beschwerdeführerin zwei weitere Arztberichte ein: Mit Schreiben vom 14. Dezember 2018 stellte Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin sowie Pneumologie, bei der Versicherten eine mittelschwere obstruktive Schlafapnoe fest. Die Patientin habe die vorgeschlagenen Therapien nicht nutzen wollen. Vielmehr strebe sie eine Verbesserung mittels Didgeridoo-Therapie an. Generell müsse gesagt werden, dass eine mittelschwere Schlafapnoe zu einer Verringerung der Arbeitsfähigkeit von bis zu 20% führen könne. Im Bericht vom 15. Februar 2019 diagnostizierten Dr. med. J.____, FMH Rechtsmedizin, und Dr. med. K.____, FMH Allgemeine Innere Medizin sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine Adipositas Grad I; ein Diabetes Mellitus Typ 2; eine arterielle Hypertonie; eine Hyperlipidämie; ein Vitamin B12-Mangel; chronische Fusschmerzen beidseits linksbetont im Rahmen einer Insertionstendinose des Tibialis posterior; ein chronisches periartropathisches Schmerzsyndrom im rechten Schulterbereich bei Status nach arthroskopischer Subscapularis-Refixation, Acromioplastik und Bizepstendoneuse, einer AC-Gelenksarthrose und aktuell einem subacromialen Impingement bei Bursitis subdeltoidea rechts (Erstdiagnose: Januar 2019); eine chronische Cervicobrachialgie mit Verdacht auf chronische Spannungskopfschmerzen; ein Status nach Tendovaginitis (November 2016); ein Status nach Coccygodynie (September 2012); ein Status nach Lymphknoten-Tuberkulose jugulär rechts sowie eine Rifampicin-Unverträglichkeit. Seit circa einem Jahr arbeite die Patientin ungefähr 14 Stunden in der Woche als Reinigungskraft in einer Turnhalle. Eine Erhöhung des Pensums sei aktuell nicht möglich. Die direkten Einschränkungen - sowohl bei der Arbeit als auch im täglichen Leben - würden sich auf das Heben und Tragen von Lasten, längeres Gehen, Stehen oder Sitzen, Rumpfrotationsbewegungen, Arbeiten in vorneübergebeugter oder gebückter Haltung sowie in Zwangshaltungen, Arbeiten über Schulterhöhe sowie auf Arbeiten in Nässe und Kälte beziehen.

E. 5.15

Die RAD-Ärztin Dr. H.____ nahm am 21. März 2019 Stellung zu den neu eingereichten Unterlagen. Dabei hielt sie im Wesentlichen fest, dass während rund zwei Jahren bis zum Erlass der Verfügung keine medizinischen Unterlagen vorlägen, was darauf schliessen liesse, dass die Beschwerdeführerin in dieser Zeit keine ärztliche Hilfe habe beanspruchen müssen. Die hausärztliche Krankenschreibung zur weiteren Abklärung sei bloss vage und ungenau formuliert und benenne keine spezifischen Beschwerden. Ausserdem seien die Abklärungen erst mehrere Monate später vorgenommen worden. Dres. J.____ und K.____ hätten in ihrem Bericht keine objektiven Befunde erhoben und das ermittelte Belastungsprofil basiere rein auf den subjektiven und unvalidierten Angaben der Beschwerdeführerin. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2018 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Ausführungen ihres RAD vom 18. Oktober 2016 ab. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Beschwerdeführerin ab 8. August 2015 zu 100%, ab 24. August 2015 zu 60%, ab 11. Januar 2016 zu 50% und ab 1. Mai 2016 zu 23,6% erwerbsunfähig gewesen ist. Ausserdem sei sie gemäss Haushaltsabklärung vom 19. Dezember 2016 in der Zeit vom 8. August 2015 bis 1. Mai 2016 zu 8% in ihrem Aufgabenbereich eingeschränkt gewesen. Anschliessend bestehe keine Einschränkung mehr. Aufgrund der verspäteten Anmeldung zum Leistungsbezug würden die Leistungen

erst ab 1. September 2015 ausgerichtet. Dementsprechend sprach sie der Versicherten in Anwendung der gemischten Methode für die Zeit vom 1. September 2015 bis 30. April 2016 eine halbe Rente und vom 1. Mai 2016 bis 31. Juli 2016 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zu.

6.2 Die Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich zunächst vor, dass ihr bereits per 1. August 2015 Leistungen der Invalidenversicherung zustünden, da die Anmeldung entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht verspätet erfolgt sei. Vielmehr datiere die Anmeldung vom 25. Februar 2015, sei jedoch erst am 6. März 2015 vom (unzuständigen) Unfallversicherer an die IV-Stelle weitergeleitet worden. Tatsächlich bestimmt Art. 29 Abs. 3 ATSG unter anderem, dass eine bei der unzuständigen Stelle eingereichte Anmeldung dennoch auf den Zeitpunkt Rechtswirkungen entfaltet, in dem sie der Post übergeben oder bei der unzuständigen Stelle eingereicht wird. Dass die Anmeldung erst am 6. März 2015 vom Unfallversicherer an die Beschwerdegegnerin weitergeleitet und dort am 11. März 2015 eingegangen ist, führt folglich nicht für sich zu deren Verspätung. Indessen ist aufgrund der Akten unklar, wann die Beschwerdeführerin die Anmeldung vom 25. Februar 2015 der Post (vgl. Art. 29 Abs. 3 ATSG) übergeben hat. Die Sendung erfolgte nicht eingeschrieben oder per A-Post Plus, weshalb das Aufgabedatum unbekannt ist. Wie in Erwägung 4 hiervoor ausgeführt, tragen die Parteien im Sozialversicherungsrechtsverfahren die Beweislast bloss, aber immerhin soweit, als sie aus dem behaupteten Sachverhalt Rechte ableiten wollen. Da der Sachverhalt, wonach die Anmeldung erst im März 2015 versandt wurde, genauso wahrscheinlich ist wie derjenige, wonach sie bereits im Februar 2015 der Post übergeben wurde, liegt Beweislosigkeit vor. Diese geht zu Lasten der Beschwerdeführerin, welche einen früheren Zeitpunkt des Leistungsbeginns ableiten wollte. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch erst ab 1. September 2015 bejahte.

6.3 In Bezug auf den medizinischen Sachverhalt bringt die Beschwerdeführerin vor, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht auf die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. H._____ vom 18. Oktober 2016 abgestützt habe, da sich diese nicht auf umfassende Abklärungen stütze und die unfallfremden Beschwerden nicht berücksichtige. Ausserdem habe sich ihr Gesundheitszustand seit der Beurteilung durch Dr. H._____ und noch vor Erlass der Verfügung verschlechtert bzw. sei dieser nicht abgeklärt worden.

6.3.1 Wie in Erwägung 4.4 hiervoor erwähnt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist jedoch auch eine reine Aktenbeurteilung nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Es sind allerdings bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (versicherungs-)ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel liegen nicht vor. Die festgestellten somatischen Befunde sind grundsätzlich unbestritten. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin werden in der RAD-Beurteilung vom 18. Oktober 2016 auch die

unfallfremden Befunde aufgelistet und gewürdigt. Die Beurteilung durch Dr. H.____ erweist sich folglich als umfassend. Ferner weist sie weder formale noch inhaltliche Mängel auf, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und nimmt insbesondere eine hinreichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vor. 6.3.2 Daran vermögen auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Entgegen ihrer Auffassung besteht keine Veranlassung, die unfallfremden Befunde, insbesondere die Spannungskopfschmerzen, weiter abzuklären, da eine vertiefte Abklärung bereits vom Neurologen Dr. G.____ vorgenommen wurde. Auch ein CT des Neurocraniums ergab diesbezüglich keinen ungewöhnlichen Befund. Festzustellen ist, dass Dr. G.____ keinerlei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Kopfschmerzen festgehalten hat und eine solche augenscheinlich bisher weder vor noch nach dem Unfall bestand. Eine Verschlechterung der Kopfschmerzproblematik ist in den Akten nicht festgehalten. Die übrigen Schmerzzustände sind - wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt - konservativ behandelbar sowie reversibel und damit IV-rechtlich nicht relevant. Sofern die Beschwerdeführerin vorbringt, dass die Einschätzung ihrer Arbeitsfähigkeit durch Dr. H.____ von derjenigen der behandelnden Ärzte abweicht, ist ihr entgegen zu halten, dass der behandelnde Hausarzt Dr. F.____ augenscheinlich ab 12. Juni 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert und zudem in den medizinischen Akten verschiedentlich festgestellt wird, dass sie ihre angestammte Tätigkeit "im üblichen Pensum" wieder aufgenommen habe. Es finden sich somit keine fundierten abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit in den Akten. Vielmehr wird in der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Invaliditätsbemessung auch ab Mai 2016 noch eine Einschränkung in der Erwerbstätigkeit von 23,6% postuliert, womit den verbleibenden Beschwerden der Beschwerdeführerin Rechnung getragen wird. 6.3.3 Die Beschwerdeführerin bringt weiter unter Verweis auf den Arztbericht von Dr. F.____ vom 19. Juli 2018 sowie die im vorliegenden Verfahren eingereichten Berichte von Dres. I.____, J.____ und K.____ vor, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der RAD-Beurteilung vom 18. Oktober 2016 verschlechtert habe. Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass die von der Beschwerdeführerin angerufenen Unterlagen allesamt nach dem für die Beurteilung massgebenden Zeitpunkt (vgl. E. 2 hiervor) ergangen sind und somit für das vorliegende Verfahren formell keine Bedeutung haben. Soweit sich die Beschwerdeführerin darauf beruft, dass namentlich der Bericht von Dr. F.____ vom 19. Juli 2018 auch die Zeit vor Verfügungserlass betrifft, ist festzustellen, dass dieser sowohl in Bezug auf den beurteilten Zeitraum ("in letzter Zeit") wie auch bezüglich der Einschränkungen ("vermehrte muskuloskelettale Beschwerden") aussergewöhnlich vage und ungenau gehalten ist, so dass daraus nicht eine belegte oder massgebliche rückwirkende Beurteilung des Gesundheitszustandes abgeleitet werden kann. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt, sind in den Akten für den Zeitraum zwischen der RAD-Beurteilung vom 18. Oktober 2016 und dem Verfügungserlass vom 11. Juli 2018 ferner keine medizinischen Unterlagen vorhanden. Entsprechend scheint eine gesundheitliche Verschlechterung in diesem Zeitraum als unwahrscheinlich. Eine solche Verschlechterung ergibt sich überdies auch nicht aus den medizinischen Berichten von Dr. I.____ vom 14. Dezember 2018 oder von Dres. J.____ und K.____ vom 15. Februar 2019. Dr. I.____ hält keine konkrete die Beschwerdeführerin betreffende Arbeitsunfähigkeit fest und verweist auf von ihr nicht in Anspruch genommene Therapiemöglichkeiten. Dres. J.____ und K.____ erheben in ihrem Bericht - wie die Beschwerdegegnerin festhält - keine

objektiven Befunde und stützen sich im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben der Patientin ab. Ihr Bericht nennt ferner die Arbeitsfähigkeit einschränkende Beschwerden, deren Erstdiagnosen unbestrittenermassen nach Verfügungszeitpunkt erfolgten. Solche wären jedoch erst im Rahmen einer allfälligen Neuanmeldung zu würdigen. 6.4

Zusammenfassend lässt die RAD-Beurteilung von Dr. H._____ vom 18. Oktober 2016 eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu. Die Beschwerdegegnerin durfte deshalb bei der Bemessung der Invalidität auf deren Ergebnisse abstellen. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Antrag der Beschwerdeführerin, wonach weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen seien, nicht stattzugeben. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

E. 7

Die Abklärung der Einschränkungen im Haushalt und die Anwendung der gemischten Methode werden von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet. Es ist folglich davon auszugehen, dass sie - unter der zumutbaren Mithilfe der Familie - in der Zeit vom 8. August 2015 bis 1. Mai 2016 im Aufgabenbereich zu 8% eingeschränkt gewesen ist.

E. 8

Nachdem sich aus den Akten ausserdem keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung der Vergleichseinkommen vorzunehmen wäre und die Berechnung auch von der Versicherten nicht beanstandet wurde, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem durch die IV-Stelle vorgenommenen Einkommensvergleich. Es ist mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2016 bzw. ab 1. August 2016 ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die angefochtene Verfügung ist demnach nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

E. 9

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten, die praxisgemäss auf Fr. 800.-- festgesetzt werden, ihr zu auferlegen sind. Die Verfahrenskosten werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Gemäss dem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteientschädigung zugesprochen (§ 21 Abs. 1 VPO). Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in derselben Höhe verrechnet. 3. Es wird keine

Parteientschädigung zugesprochen. Gegen diesen Entscheid wurde am 18. September 2019 Beschwerde ans Bundesgericht Beschwerde erhoben (siehe nach Vorliegen des Entscheid des Bundesgerichts: Verfahren Nr. 9C_627/2019)

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