

# **BL\_GERICHTE 720 21 228/52 vom 25. August 2017**

BL Gerichte, 2017-08-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_21\\_228\\_52](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_228_52)

FR: BL\_GERICHTE 720 21 228/52 du 25 août 2017

IT: BL\_GERICHTE 720 21 228/52 del 25 agosto 2017

## **Regeste**

IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 5**

Ausgangspunkt der Ermittlung des Rentenanspruches bildet die Bestimmung des Invaliditätsgrades und damit verbunden die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 6.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 6.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 Beweiswerts eines Arztberichts 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 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 6.3 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 ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). Gemäss diesen Richtlinien ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, 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 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). 6.4 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 (BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG 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 ansonsten unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). 6.5 Der Beweiswert von Berichten des regionalen ärztlichen Diensts (RAD) 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 (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. 7**

Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2). 8.1 Zur Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind vorliegend im Wesentlichen die nachfolgend aufgeführten Unterlagen von Relevanz. 8.2.1 Im Zusammenhang mit der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 1. Februar 2016 diagnostizierte Dr. C. \_\_\_\_ am 28. Januar 2016 eine dekompenzierte multidirektionale Laxizität mit SC-Subluxation in der rechten Schulter, eine linksseitige persistierende Lumbalgie ohne aktuell sichere sensomotorische Ausfallsymptomatik und eine

persistierende Zervikalgie ebenfalls linksseitig bei deutlicher muskulärer Dysbalance zervikothorakal. 8.2.2 In den Akten liegen neben zahlreichen Sprechstundenberichten von Dr. C.\_\_\_\_ auch ärztliche Zeugnisse der behandelnden Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin. Sie attestierte der Beschwerdeführerin aus medizinischen Gründen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 8.2.3 Anlässlich der MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) am 19. Mai 2017 hat sich gemäss Bericht des Kantonsspitals Y.\_\_\_\_, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, eine zunehmende links paramediane Discusextrusion LWK 1/2 sowie ein Anulus fibrosus-Riss auf der Höhe LWK 2/3 bis LWK 4/5 gezeigt. Daneben bestand unverändert die Discusprotrusion auf Höhe LWK 2/3 mit geringer recessaler Enge für die Wurzel L3 linksseitig und eine linksparamediane bis foarminale Discusextrusion LWK 3/4 mit geringer recessaler Enge für die Wurzel L4 linksseitig. 8.2.4 In der Stellungnahme vom 3. Juli 2017 des RAD führte Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, aus, dass die subjektiven Beschwerden der Versicherten dominieren würden. Die aktualisierten bildgebenden und klinischen Befunde könnten die subjektiven Beschwerden nicht erklären. Zudem würden die festgestellten degenerativen Veränderungen der LWS eine altersentsprechend mögliche Normvarianz nicht überschreiten und konkrete neurokompressive Pathologien mit entsprechendem klinischem oder gar neurographischem Korrelat seien nicht beschrieben. Dr. E.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass wegweisende medizinische Befunde, die objektiv eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit, wie sie von der Versicherten subjektiv empfunden würde, auch mit den nachgereichten Berichten nicht vorliegen würden. 8.3.1 Im Zusammenhang der erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug vom 31. Juli 2019 wies die Beschwerdeführerin auf eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands hin. Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge verschiedene Berichte bei der behandelnden Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ ein. Diese diagnostizierte am 11. September 2019 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit/bei Status nach spinalem Rotations-/Distorsionstrauma am 28. Mai 2015, einer anhaltenden Cervicobrachialgie rechts und einer Thoracolumbalgie bei rezidivierenden thoracalen Blockierungen sowie Lumboischialgien bei einer komplexen Beckendysfunktion. Zudem wurde eine aktuell im Vordergrund stehende Lumbalgie mit/bei möglicher Reizsymptomatik festgestellt. Weiter lagen gemäss dem Sprechstundenbericht eine Anpassungsstörung, eine Claustrophobie, eine Helicobacter pylori Gastritis in Remission, ein Vitamin B12- und D3-Mangel, eine Hypercholesterinämie, eine kleine Konsolidation im apikalen Oberlappen rechts und ein Knieschmerz im lateralen Kniegelenk-Kompartiment rechtsseitig vor. 8.3.2 In ihrem Bericht vom 14. Oktober 2019 wiederholte Dr. C.\_\_\_\_ die vorstehend zitierten Diagnosen und hielt fest, dass zwischenzeitlich eine Knieuntersuchung stattgefunden habe. Diesbezüglich sei eine komplexe Meniskusläsion korrespondierend mit einem Knochenmarködem des medialen Femurkondylus festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin habe eine Stockentlastung erhalten und es sei ihr eine Arthroskopie und eventuell später eine Implantation einer Knie-Totalprothese empfohlen worden. Die Beschwerdeführerin klagte gemäss Bericht über wieder etwas vermehrt Schmerzen im Bereich paravertebral hochlumbal, am ehesten auf der Höhe der LWK 1/2, wo sich eine nach kranial subligamentär luxierte Bandscheibenextrusion im MRI zeige. Von Dr. C.\_\_\_\_ wurde die Weiterführung der Physiotherapie empfohlen. 8.3.3 In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 29. November 2019 führte RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, aus, dass ein neuer bzw. anderer Gesundheitszustand vorliegen würde. Der Knieschaden rücke

zunehmend in den Vordergrund, so dass weitere Untersuchungen erfolgen würden. Dr. F.\_\_\_\_ wies zudem darauf hin, dass die Versicherte im Januar 2018 Mutter von Zwillingen geworden sei. 8.3.4 Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 17. Februar 2020, dass die Beschwerdeführerin unverändert an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit/bei Status nach spinalem Rotations-/Distorsionstrauma am 20. Mai 2015, anhaltender Cervicobrachialgie rechts, Thoracolumbalgie, rezidivierenden thoracalen Blockierungen und Lumboischialgien, bei komplexer Beckendysfunktion leide. Weiter wurden eine im Vordergrund stehende Lumbalgie, eine Anpassungsstörung (DD: depressive Episode, leichtgradig), eine Klaustrophobie (DD: generalisierte Angststörung), eine Helicobacter pylori Gastritis, ein Vitamin B12- und D3-Mangel sowie eine Hypercholersterinämie diagnostiziert. Zudem wurden eine kleine Konsolidation im apikalen Oberlappen rechts und zusätzlich eine komplexe Innenmeniskusläsion im rechten Knie mit ausgeprägtem Knochenmarködem der medialen Femurkondyle aufgeführt (vgl. auch Bericht von Dr. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 18. Februar 2020). 8.3.5 Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte am 24. März 2020 die bereits mehrfach zitierten Diagnosen. Sie wies darauf hin, dass es der Beschwerdeführerin unverändert gehe. Die Beschwerden hätten nicht zugenommen, sich jedoch auch nicht gebessert. Die Physiotherapie könne aufgrund der Ausbreitung des Coronavirus nicht wahrgenommen werden. 8.3.6 In seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2021 kommt der RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten Anmeldung nicht verändert habe. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden die in Erwägung 8.3.1 erwähnte chronische Schmerzstörung und die aktuell im Vordergrund stehende Lumbalgie aufgeführt. Dr. F.\_\_\_\_ stellte fest, dass diese Diagnosen im Vergleich zu denjenigen der RAD Stellungnahmen vom 24. Oktober 2016 und vom 13. Juli 2017 weitgehend unverändert seien. Er empfahl deshalb an den damaligen Beurteilungen festzuhalten und somit von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen. Gemäss Dr. F.\_\_\_\_ bestehe seit dem 28. Juli 2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Trampolintrainerin und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten körperlich leichten, wechselbelastende Arbeit. 9.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 30. Juli 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf die Ergebnisse, zu denen ihr RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ am 4. Februar 2021 gelangt war. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Versicherte die bisherige Tätigkeit als Trampolintrainerin zu 50% ausüben könne. Eine leidensadaptierte leichte Tätigkeit sei ihr aber zu 100% zumutbar. Dieser vorinstanzlichen Beweiswürdigung kann nicht gefolgt werden. Wie oben ausgeführt, ist zwar nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die versicherungsintern eingeholt wurden. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und zwar in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 6.5 hiervor und die dortigen Hinweise auf die entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung). Vorliegend ergeben sich sowohl in Bezug auf die Beurteilung der medizinischen Situation als auch betreffend die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer Verweistätigkeit Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgebend erachteten versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen. So stützt sich der RAD-Arzt einzig auf die Verlaufsberichte der behandelnden Ärztin Dr. C.\_\_\_\_. Diesen ist zwar die

medizinische Situation der Beschwerdeführerin nachvollziehbar zu entnehmen. Dr. C. \_\_\_\_\_ verzichtet aber auf eine Zumutbarkeitsbeurteilung. Es ist daher nicht einleuchtend, wie Dr. F. \_\_\_\_\_ seine Auffassung begründet, dass die Beschwerdeführerin weiterhin in einem 50%-Pensum als Trampolintrainerin arbeitsfähig sei. Dabei scheint er ausser Acht zu lassen, dass die Beschwerdeführerin neben den Rückenbeschwerden auch an komplexen Kniebeschwerden (vgl. oben E. 8.3.2 ff.) leidet. Auch die Annahme des RAD-Arztes, wonach die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit 100% arbeitsfähig sei, ist nicht überzeugend. Es bestehen daher Zweifel an der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. F. \_\_\_\_\_, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Da auch die übrigen Akten keine nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit enthalten, ist der medizinische Sachverhalt vorliegend ungenügend abgeklärt (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Unter diesen Umständen wäre die Angelegenheit in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt einer umfassenden Prüfung unterzieht. Aus nachfolgenden Gründen kann auf dieses Vorgehen verzichtet werden.

9.2 Selbst wenn - wie dies die Beschwerdegegnerin postuliert - der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren wäre, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sie diese auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten könnte.

9.3 Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit darf nämlich nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Insbesondere kann von einer Arbeitsgelegenheit im Sinne von Art. 16 ATSG dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen] vom 10. März 2003, I 617/02, E. 3.1 mit Hinweisen). Ferner beinhaltet der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarkts nicht nur ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage nach Stellen, sondern bezeichnet auch einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 276 E. 4 mit Hinweisen). Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob eine invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 276 E. 4b; AHI 1998 S. 291 E. 3b). Weder gestützt auf die Pflicht zur Selbsteingliederung noch im Rahmen der von der versicherten Person auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt offen stehenden Möglichkeiten zur Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit dürfen von ihr Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalls nicht zumutbar sind (Art. 21 Abs. 4 ATSG; Urteil des EVG vom 10. März 2003, I 617/02, E. 3.1 mit Hinweisen). Für die Invaliditätsbemessung ist hingegen nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 287 E. 3b, I 198/97).

9.4 Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches

zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteile des Bundesgerichts vom 9. Juli 2015, 9C\_118/2015, E. 2.1 und vom 10. Mai 2013, 9C\_954/2012, E. 2).

9.5 Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern ist durch die Umstände des Einzelfalls bedingt. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1). Somit hängt die Verwertbarkeit nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3). Dieses ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.4).

9.6 Wie oben in Erwägung 1.2 ausgeführt, ist vorliegend der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin in der Zeit vom Januar 2020 bis April 2020 strittig. Im massgeblichen Zeitpunkt einer allfälligen Berentung ab Januar 2020 war die Versicherte demnach 63 Jahre und 8 Monate alt. Bei einer verbleibenden Aktivitätsdauer von nur knapp vier Monaten kann selbst bei der Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und unter Berücksichtigung der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Annahme der Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen errichtet hat, im Fall der Beschwerdeführerin nicht mehr von einer Verwertbarkeit der attestierten Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausgegangen werden, denn ihre Arbeitskraft wäre realistischerweise nicht mehr nachgefragt worden. Unter diesen Umständen ist aber davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin - entgegen der Auffassung der IV-Stelle - in der Zeit vom Januar 2020 bis April 2020 kein rentenausschliessendes Einkommen hätte erzielen können. Dies führt vorliegend dazu, dass die Beschwerdeführerin bei Anwendung der gemischten Methode im Erwerbsbereich einen IV-Grad von 90% aufweist und daher Anspruch auf eine ganze Rente hat.

#### **E. 10**

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 30. Juli 2021 aufzuheben und der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze IV-Rente für den Zeitraum ab Januar 2020 bis April 2020 zu bejahen. Die Beschwerde vom 10. August 2021 ist somit gutzuheissen.

#### **E. 11**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 400.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.-- wird ihr zurückerstattet. Eine Parteientschädigung wird der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin nicht ausgerichtet. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 30. Juli 2021 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2020 bis 30. April 2020 Anspruch auf eine ganze IV-Rente hat. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 400.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. 3. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 400.-- wird ihr zurückerstattet. 4. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Vermerk eines allfälligen Weiterzugs

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