

SO_GERICHTE VSBES.2017.287 vom 13. Oktober 2017

SO Obergericht, 2017-10-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.287

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.287 du 13 octobre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.287 del 13 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

ff.) wies die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin ab.

2. Mit Beschwerde vom 10. November 2017 (A.S. 4) ersucht die Beschwerdeführerin um Fristerstreckung für die Beschwerdebegründung.

3. Mit Verfügung vom 13. November 2017 (A.S. 5 f.) stellt der Präsident des Versicherungsgerichts fest, dass die Beschwerde nicht den Anforderungen von Art. 61 lit. b ATSG entspreche. Es werde der Beschwerdeführerin eine unerstreckbare Frist bis zum 27. November 2017 gesetzt, um die Beschwerde zu verbessern und wieder einzureichen, widrigenfalls nicht darauf eingetreten werde.

4. Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts stellt mit Verfügung vom 16. November 2017 fest (A.S. 18 f.), da die Beschwerdeführerin am Vortag ein Formular «Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege nach Art. 119 ZPO» samt Beilagen eingereicht habe, werde der eingeforderte Kostenvorschuss von CHF 600.00 vorläufig storniert.

5. Mit Eingabe vom 23. November 2017 (A.S. 19 ff.) macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich seit dem Unfall vom 24. Dezember 2014 mit jeder durchgeführten Untersuchung verschlimmert und sie könne seither nicht mehr 100 % arbeiten. Sie beantragt sinngemäss die Ausrichtung einer Invalidenrente.

6. Die von der Beschwerdeführerin eingereichten Arztberichte von Dr. med. F.____, Spital G.____, vom 23. November 2017 und von H.____ (mit Übersetzung) vom 3. August 2017 gehen mit Verfügungen vom 30. November und 21. Dezember 2017 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (A.S. 25 f.).

7. Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2018 auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 27).

8. Mit Verfügung vom 25. Januar 2018 (A.S. 31) geht eine Kopie der Aktennotiz vom 25. Januar 2018 der Sachbearbeiterin des Versicherungsgerichts (A.S. 30) zur Kenntnisnahme an die Parteien. In dieser wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin mündlich auf eine Eingabe verzichtet habe.

9. Mit Verfügung vom 1. März 2018 (A.S. 32) holt der Präsident des Versicherungsgerichts bei der Beschwerdeführerin weitere Unterlagen betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein.

10. Mit Verfügung vom 6. März 2018 (A.S. 34 f.) bewilligt der Präsident des Versicherungsgerichts der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht).

11. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 13. Oktober 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

E. 3

3.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

3.3 Bei erwerbstätigen Versicherten 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, Art. 16 ATSG, sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, 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 Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sogenannte

gemischte Methode).

Bei der Invaliditätsbemessung von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode wird somit zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt; vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) bestimmt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396).

Gemäss dem IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) Nr. 355 vom 31. Oktober 2016 (Anwendung der gemischten Methode nach dem Urteil des EGMR vom 2. Februar 2016) ist bis zum Inkrafttreten einer neuen, generell-abstrakten Regelung im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung zu bringen. Dementsprechend ist beispielsweise bei einer erstmaligen Rentenzusprache bei einer Person, die bereits vor der Rentenprüfung einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen ist, das bisherige Recht und das bisherige Berechnungsmodell der gemischten Methode anzuwenden. Eine ähnliche Ausgangslage wie im vom EGMR beurteilten Fall «Di Trizio» liegt im vorliegenden Fall nicht vor.

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4 S. 261; Urteil des Bundesgerichts 8C_575/2016 vom 6. Dezember 2016 E. 2).

3.5 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

E. 4

4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen

(Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5. Es ist vorliegend streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente und / oder berufliche Eingliederungsmassnahmen hat.

6. Für die Beurteilung der Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant:

6.1 Im Arztzeugnis vom 26. Januar 2015 (IV-Nr. 5.3 S. 2) hielt Dr. med. I.____, Innere Medizin FMH, betreffend das Unfallereignis vom 29. Dezember 2014 (Sturz beim Skifahren) fest, die Erstbehandlung habe am 6. Januar 2015 stattgefunden. Er erwähnte die Befunde einer Partialruptur Supraspinatussehne und einer Bursitis subacromialis rechts. Die Beschwerdeführerin sei ab 29. Dezember 2014 100 % arbeitsunfähig. Es sei eine orthopädische Beurteilung veranlasst worden.

6.2 Aufgrund der am 14. Januar 2015 (IV-Nr. 11 S. 21) durchgeführten Sonographie des rechten Schultergelenks hielt Dr. med. J.____, FMH Radiologie, K.____, folgende Beurteilung fest: Verdacht auf eine Bursa seitige Partialruptur der Supraspinatussehne und begleitende Bursitis subacromialis subdeltoidea. Keine transmurale Läsion.

6.3 Dr. med. L.____, Orthopädische Chirurgie FMH, hielt im Bericht vom 23. Januar 2015 (IV-Nr. 5.6 S. 1 f.) folgende Hauptdiagnose fest:

Ossärer Ansatzriss der Supraspinatussehne Schulter rechts nach Sturz auf Eis am 29. Dezember 2014

Nebendiagnosen seien:

In dieser Situation sei es v.a. wichtig, eine Einsteifung der Schulter zu verhindern. Dies habe die Beschwerdeführerin schon selbständig gemacht. Es sei ihr noch Physiotherapie rezeptiert worden, damit sie mit Pendelübungen und passiven sowie aktiv assistierten Übungen vertraut gemacht werde. Es sei jetzt bereits ein Monat vergangen, d.h. die Knochenschuppe werde sich nicht mehr stark verschieben, da sie angeklebt sei. Die Beschwerdeführerin habe wohl keine tendinöse Ruptur, weil sonst das Tuberculum nicht aus- oder angerissen wäre. Deshalb sei die konservative Therapie indiziert. Bis zur Nachkontrolle in drei Wochen bleibe die Beschwerdeführerin 100 % arbeitsunfähig.

Die Arbeitsunfähigkeit bestätigte Dr. med. L. ___ im Bericht vom 17. Februar 2015 (IV-Nr. 5.6 S. 6). Es könne nun mit der aktiv-assistierten Mobilisation angefangen werden. Die Schmerzmittel solle sie nur noch bei Bedarf einnehmen.

6.4 Im Bericht vom 17. März 2015 hielt Dr. med. L. ___ folgende Diagnose fest «posttraumatische Frozen Shoulder nach ossärem Ansatzriss der Supraspinatussehne rechts vom 29. Dezember 2014». Die Beschwerdeführerin habe eine Frozen Shoulder, wie es nach einer solchen Verletzung mit relativer Ruhigstellung zu erwarten gewesen sei. Sie müsse jetzt geduldig an der Beweglichkeit üben. Deshalb sei eine Langzeitverordnung für Physiotherapie ausgestellt und die Übungen besprochen worden, die sie machen könne. Im Moment sei sie so im Service sicher nicht einsatzfähig, deshalb sei die Arbeitsunfähigkeit verlängert worden.

6.5 Dr. med. L. ___ hielt im Bericht vom 28. April 2015 (IV-Nr. 5.6 S. 11) die Diagnose einer «milden residuellen Kapselsteife bei Status nach Ansatzabriss der Supraspinatussehne rechts vom 29. Dezember 2014» fest. Es sei eindrucklich, was die Beschwerdeführerin in einem Monat Selbsttherapie erreicht habe. Was ihr sicher fehle, sei die Kraft und die Schulter sei immer noch gereizt. Deshalb mache es keinen Sinn, sie voll arbeitsfähig zu schreiben, aber ab dem 27. April 2015 könne sie zwei Stunden am Tag arbeiten, weil dies für sie auch Therapie bedeute. Die Beschwerdeführerin übe weiter mit den Therabändern.

6.6 Im Bericht vom 5. Juni 2015 (IV-Nr. 5.6 S. 12) diagnostizierte Dr. med. L. ___ eine «residuelle Kapselsteife mit periartikulären Muskelverspannungen Schulter rechts» sowie einen «Status nach ossärem Ansatzabriss der Supraspinatussehne rechts vom 29. Dezember 2014». Die Beschwerdeführerin sei sehr motiviert und es sei erstaunlich, was sie in dieser Zeit schon erreicht habe. Die Beschwerden, die die Beschwerdeführerin schildere, seien bei ihrem ausgeübten Beruf absolut verständlich. Deshalb sei es auch noch nicht sinnvoll, sie wieder voll arbeitsfähig zu schreiben. Die Arbeitsfähigkeit sei ab dem 4. Juni 2015 um 5 % auf 30 % gesteigert worden. Die Beschwerdeführerin werde weiter in die Physiotherapie gehen.

6.7 Im Bericht vom 2. Juli 2015 (IV-Nr. 5.6 S. 13) stellte Dr. med. L. ___ die Diagnose «Aussenrotations- / Elevationseinschränkung bei Status nach ossärem Abriss der Supraspinatussehne rechts am 29. Dezember 2014». Die Beschwerdeführerin habe eigentlich unter Berücksichtigung der Verletzung eine hervorragende Beweglichkeit, bei noch persistierender Einschränkung der Aussenrotationsfähigkeit und der damit verbundenen Kombinationsbewegungen. Wenn sie hier forcieren, komme es natürlich zur Irritation der Biceps- und der Supraspinatussehne, was sie jetzt habe. Deshalb sei es wahrscheinlich jetzt nicht sehr geschickt, wenn sie mehr arbeite. Die Arbeitsfähigkeit sei daher für die nächsten zehn Tage bei 30 % belassen worden. Dann könne sie sie steigern. Die Physiotherapie könne sie auch langsam auslaufen lassen, denn sie mache genug

Übungen, dass sie darüber noch weiter komme.

6.8 Im Bericht vom 14. August 2015 (IV-Nr. 5.6 S. 14) stellte Dr. med. L.____ aufgrund der Kontrolle vom 12. August 2015 die Diagnose eines «posttraumatischen subacromialen Impingements nach ossärem Ausriss der Supraspinatussehne rechts vom 29. Dezember 2014» und stellte fest, dass sich die Schultersteife in acht Monaten fast vollständig verflüchtigt habe. Geblieben sei ein subacromialer Konflikt. Es sei der Beschwerdeführerin dargelegt worden, dass das exzessive Beüben auch zu Irritationen führen könne und es jetzt besser wäre, wenn sie sich auf die Scapulastabilisation und eine Kräftigung der Rotatorenmanschette beschränken würde. Dafür sei eine Physiotherapieverordnung ausgestellt worden. Falls die Beschwerden nicht besserten, könne immer noch auf den Vorschlag der subacromialen Infiltration zurückgekommen werden. Die Arbeitsfähigkeit sei ab morgen auf 50 % erhöht worden.

6.9 Dr. med. L.____ hielt im Bericht vom 15. September 2015 (IV-Nr. 5.6 S. 17) folgende Diagnose fest: «Abklingende Impingementsymptomatik bei Status nach ossärem Ausriss der Supraspinatussehne rechts am 29. Dezember 2014 und forcierter Rehabilitation durch die Patientin». Bei dieser sehr geschäftigen Frau sei es besser, wenn der Druck noch eine Weile von ihr genommen werde, dass sie nicht übermässig die Schulter belaste. Die Physiotherapie könne man auslaufen lassen, die Beschwerdeführerin kenne genug Übungen und sei aktiv. Die Arbeitsfähigkeit werde bei 50 % belassen.

6.10 Im Bericht vom 27. Oktober 2015 (IV-Nr. 5.6 S. 18) hielt Dr. med. L.____ die Diagnose «Verdacht auf Bursitis subacromialis Schulter rechts» sowie ein «Status nach ossärem Ausriss der Supraspinatussehne rechts am 29. Dezember 2014 mit konservativer Nachbehandlung» fest. Einerseits habe die Beschwerdeführerin wahrscheinlich eine Reizung der Bursa zwischen Scapula und Thorax erlitten, andererseits werde jetzt eine Bursitis subacromialis vermutet, weil auch Ruheschmerzen angegeben würden. Daher sei ihr aus diagnostischen wie auch therapeutischen Gründen eine Infiltration mit Lidocaine und Kenacort vorgeschlagen und vorgenommen worden. Danach habe sie keine Schmerzen mehr gehabt. Die Arbeitsfähigkeit werde bei 50 % belassen.

6.11 Im Bericht vom 13. November 2015 (IV-Nr. 11 S. 38) hielt Dr. med. L.____ die Diagnosen «Status nach Schulterinfiltration bei Verdacht auf Bursitis subacromialis rechts 22. Oktober 2015», «Status nach ossärem Ausriss der Supraspinatussehne 29. Dezember 2014 mit konservativer Behandlung und minimaler Impingementsituation rechts» fest. Da die Beschwerdeführerin sehr gut auf die letzte Infiltration reagiert habe und jetzt wiederum etwas ausstrahlende Beschwerden empfinde, die evtl. den Fokus in der Schulter haben könnten, sei zuerst mit einem Lokalanästhetikum infiltriert und dann die Bursa punktiert und Kenacort injiziert worden. Es sei nach wie vor keine volle Arbeitsfähigkeit im Service gegeben. Die Arbeitsfähigkeit sei bei 50 % belassen worden.

6.12 Anlässlich des Intake-Gesprächs vom 23. November 2015 (IV-Nr. 7) wurde im entsprechenden Protokoll festgehalten, die Beschwerdeführerin arbeite seit dem 1. April 2008 im Restaurant M.____. Sie sei Allrounderin, arbeite aber hauptsächlich im Service und das Restaurant gehöre ihrem Lebenspartner. Gemäss Arbeitsvertrag sei sie 70 % angestellt. Jetzt seien sie und ihr Chef Lebenspartner und sie arbeite daher mehr so um die 100 % herum. Sie sei im Stundenlohn angestellt und erhalte CHF 25.00 pro Stunde. Im Monat belaufe sich ihr Entgelt auf circa CHF 3'000.00, doch dies sei unterschiedlich. Von 1988 bis 1993 sei sie in Russland Lehrerin gewesen. Das Pensum ohne Gesundheitsschaden betrage

70 - 100 %.

6.13 Im Bericht vom 15. Dezember 2015 (IV-Nr. 11 S. 33) stellte Dr. med. L.____ die Diagnosen eines «Status nach Schulterinfiltration bei Verdacht auf Bursitis subacromialis rechts 22. Oktober 2015 mit nachfolgender muskulärer Reaktion» sowie eines «Status nach ossärem Ausriss der Supraspinatussehne am 29. Dezember 2014 mit konservativer Behandlung und minimem Restimpingement rechts». Die Beschwerdeführerin schildere eine TOS (Thoracic Outlet Syndrom)-ähnliche Symptomatik und eine muskuläre Dekompensation nach der Infiltration. Es sei ihr dargelegt worden, dass Nacken / Schulter und Arm zusammenhängen würden und dass solche Beschwerden durchaus möglich seien. Dr. med. L.____ befürworte hier keine punktförmige Infiltration mit Cortison, sondern Dehnen, Manipulation, Mobilisation und allfällig Akkupunktur. Es sei ein Rezept eines Physiotherapeuten abgegeben worden und auf Wunsch der Beschwerdeführerin hin sollten Olfen Duo Release und Mydocalm verwendet werden. Die Arbeitsunfähigkeit verbleibe bei 50 %.

6.14 Dr. med. N.____, Innere Medizin, beratender Arzt der Unfallversicherung B.____ hielt im Vorlageformular vom 6. Januar 2016 (IV-Nr. 11 S. 31 f.) fest, seit 13. August 2015 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte. Voraussichtlich könne diese Anfang 2016 weiter gesteigert werden. Zukünftig werde die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit wieder ohne Einschränkungen ausüben können. In einer den Unfallfolgen angepassten Tätigkeit bestehe ab sofort eine volle Arbeitsfähigkeit. Die medizinische Behandlung sei notwendig, zweckmässig und wirtschaftlich. Durch weitere ärztliche Behandlung der Unfallfolgen sei eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Es werde die Weiterführung der Physiotherapie vorgeschlagen. Bei der Beschwerdeführerin lägen auch unfallfremde Faktoren wie eine vorbestehende HWS-Problemik vor. Es gelte nun den weiteren Heilungsverlauf abzuwarten. Es sollte nun eine zunehmende Steigerung der Arbeitsfähigkeit erfolgen. Möglicherweise werde die Schulterproblemik durch eine unfallfremde HWS-Problemik unterhalten.

6.15 Dr. med. L.____ hielt im Bericht vom 19. Januar 2016 (IV-Nr. 11 S. 27) folgende Diagnosen fest: «Periscapuläre Muskelverspannungen mit Ausstrahlung in den Oberarm rechts», «Status nach ossärem Ausriss der Supraspinatussehne am 29. Dezember 2014 mit konservativer Behandlung und minimalem Restimpingement rechts», «Status nach Schulterinfiltration bei Verdacht auf Bursitis subacromialis rechts 22. Oktober 2015 mit nachfolgender überschüssiger Reaktion». Die Beschwerdeführerin sei etwas verunsichert durch die Beschwerden. Dr. med. L.____ denke nicht, dass sie eine strukturelle Läsion habe, aber da es sich um einen UVG-Fall handle und der Verlauf recht wechselnd sei, habe er sich erlaubt, jetzt eine Arthro-MRI-Untersuchung einzuleiten. In der Zwischenzeit solle sie das Mydocalm weiter einnehmen, weil es ihr guttue.

6.16 Im Rahmen der am 25. Januar 2016 durchgeführten MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks (IV-Nr. 11 S. 19) hielt Dr. med. O.____, FMH Radiologie, K.____, folgende Beurteilung fest: Akromion Typ III mit Bursitis. Status nach Tuberkulum majus Frakturen mit persistierendem leichtgradigem Knochenmarksödem und Grubenbildung auf Höhe der Frakturstelle mit Tendinopathie im distalen Ansatz der intakten übrigen Supraspinatussehne mit leichtgradiger Unterminierung derselben. Normale Muskelqualität. Narbige Veränderungen über dem inferioren Glenoid, kleine Grubenbildung am Tuberkulum minus auf Höhe der intakten ansetzenden Subskapularissehne und kortikale Grubenbildung am

intakten Ansatz der Infraspinatussehne.

6.17 Dr. med. L. ___ stellte im Bericht vom 12. Februar 2016 (IV-Nr. 11 S. 24) folgende Diagnosen: «Persistierende periscapuläre Muskelverspannungen bei posttraumatischem Impingement mit Bursitis subacromialis und Acromionabsenkung Schulter rechts», «Status nach ossärem Ausriss der Supraspinatussehne rechts 29. Dezember 2014», «Status nach Schulterinfiltration bei Verdacht auf Bursitis subacromialis rechts 22. Oktober 2015 mit nachfolgender überschüssender Reaktion». Die Beschwerdeführerin habe eine persistierende leichte Konfliktsituation und eine Bursitis. Anstatt sie jetzt dauernd zu infiltrieren oder ihr Medikamente zu geben, mache es mehr Sinn, arthroskopisch die Bursa zu entfernen und das Acromion abzurunden, um den Abstand, den sie vor der Tuberculum Fraktur gehabt habe, wieder herzustellen.

6.18 Im Austrittsbericht vom 12. März 2016 (IV-Nr. 11 S. 12 f.) hielt Dr. med. L. ___ betreffend die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 8. bis 10. März 2016 folgende Diagnosen fest:

Am 8. März 2016 sei betreffend die Diagnose 1 eine arthroskopische Bursektomie und Acromioplastik der Schulter rechts durchgeführt worden (vgl. Operationsbericht, IV-Nr. 11 S. 11). Es sei ein komplikationsloser Verlauf gegeben. Die Beschwerdeführerin habe nach Hause entlassen werden können, es folge eine ambulante Behandlung. Es sei eine Mobilisation mit Mitella und eine Instruktion mit Pendelübungen und aktiv assistierten Mobilisationsübungen erfolgt. Nach dem Austritt werde eine Selbstmobilisation durchgeführt.

6.19 Im Bericht vom 12. April 2016 (IV-Nr. 11 S. 10) hielt Dr. med. L. ___ aufgrund der Kontrolle vom 4. April 2016 folgende Diagnosen fest: «Status nach arthrotischer Bursektomie und Acromioplastik Schulter rechts am 8. März 2016», «Status nach ossärem Ausriss der Supraspinatussehne 29. Dezember 2014 rechts mit konservativer Therapie», «rezidivierende Myogelosen des Levatoransatzes rechts», «Status nach Schulterinfiltration bei Verdacht auf Bursitis subacromialis rechts 22. Oktober 2015 mit nachfolgender überschüssender Reaktion». Rein radiologisch sei die Acromioplastik genügend. Die Beschwerdeführerin habe auch eine sehr gute Beweglichkeit bei minimaler Weichteilspannung. Deshalb könne der Aufbau normal fortgesetzt werden. Auf Wunsch der Beschwerdeführerin hin sei sie 10 % arbeitsfähig geschrieben worden. Dr. med. L. ___ möchte nicht, dass sie sich überfordere. Woher die lanzinierenden Schmerzen stammten, könne er letztendlich nicht sagen. Er denke, die Beschwerdeführerin habe noch eine gewissen Scapuladysfunktion mit Myogelosen, diese könne der Physiotherapeut angehen, deshalb sei ihr ein Rezept mitgegeben worden. Dr. med. L. ___ denke nicht, dass eine Bandscheibenproblematik bestehe, weshalb er versucht habe, die Beschwerdeführerin zu beruhigen.

6.20 Dr. med. L. ___ führte im Bericht vom 3. Mai 2016 (IV-Nr. 11 S. 6) folgende Diagnosen auf: «Persistierende Knackphänomene und endgradige Reizungen der Schulter rechts bei Status nach arthrotischer Bursektomie und Acromioplastik am 8. März 2016», «Status nach ossärem Ausriss der Supraspinatussehne 29. Dezember 2014 rechts mit konservativer Behandlung», «Status nach Schulterinfiltration bei Verdacht auf Bursitis subacromialis rechts 22. Oktober 2015 mit nachfolgender überschüssender Reaktion». Dr. med. L. ___ denke, die Beschwerdeführerin überfordere sich und erwarte etwas zu viel. Schliesslich sei eine Bursektomie und eine Acromioplastik gemacht worden. Die

Beschwerdeführerin habe eine sehr gute Beweglichkeit, aber wenn sie die Beweglichkeit völlig ausreize, klemme sie wieder die vor kurzem operierten Strukturen ein. Sie könne jetzt ruhig locker schwimmen. Sie könne auch andere Übungen machen, aber sie solle mit der Turnerei aufhören. Im Moment wolle Dr. med. L. ___ keine Infiltrationen machen, die Beschwerdeführerin wolle auch kein Kortison, aber sie frage nach einer anderen Wunderspritze. Wenn sie das nächste Mal Probleme habe, überlege sich Dr. med. L. ___, subacromial ein Viskosupplement zu spritzen. Die Arbeitsfähigkeit sei auf 25 % festgelegt worden.

6.21 Dr. med. L. ___ bestätigte im Bericht vom 10. Juni 2016 (IV-Nr. 20 S. 13) die im Bericht vom 3. Mai 2016 gestellten Diagnosen (vgl. E. II. 6.20 hiervor) und diagnostizierte neu «multiple wechselnde Myogelosen des Schultergürtels rechts». Vieles bei der Beschwerdeführerin sei funktionell bedingt und deshalb sei eine funktionelle Therapie mit einer gewissen Begleitung sinnvoll. Die Beschwerdeführerin habe von Bekannten von einer Therapie einer Therapeutin in der Physiotherapie [...] gehört, deshalb sei ihr ein Rezept dafür ausgestellt worden. Sie dürfe ruhig ihr Kombipräparat einnehmen, obwohl es eigentlich für Arthrose gedacht sei, was sie nicht habe. Die Arbeitsunfähigkeit sei bei 75 % belassen worden.

6.22 Im Bericht vom 8. Juli 2016 (IV-Nr. 20 S. 12) stellte Dr. med. L. ___ fest, die Arbeitsfähigkeit sei jetzt zügig zu steigern und nicht 10 %-weise, wie sich die Beschwerdeführerin dies vorgestellt habe. Daher sei die Beschwerdeführerin ab 9. Juli 2016 zu 50 % arbeitsfähig geschrieben worden. Die Physiotherapie solle weiterlaufen.

6.23 Im Bericht vom 5. August 2016 (IV-Nr. 20 S. 11) wies Dr. med. L. ___ die Diagnosen «persistierende periscapuläre Muskelverspannungen bei posttraumatischem Impingement mit Bursitis subacromialis Schulter rechts», «Status nach ossärem Ausriss der Supraspinatussehne rechts 29. Dezember 2014 rechts», «Status nach Schulterinfiltration bei Verdacht auf Bursitis subacromialis rechts 22. Oktober 2015 mit nachfolgender überschüssender Reaktion». Die Arbeitsunfähigkeit müsse noch eine Weile bei 50 % belassen werden. Die Therapie bei der Physiotherapeutin sollte weitergeführt werden und, da Wärme guttue, weil ein Grossteil der Beschwerden muskuläre Verspannungen seien, sei Voltaren Dolo Wärmepflaster verordnet worden, die sie auch tagsüber drauflassen könne.

6.24 Der RAD-Arzt Dr. med. C. ___ stellte in seiner Stellungnahme vom 30. August 2016 (IV-Nr. 14 S. 2 f.) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen «Status nach arthroskopischer Bursektomie und Acromioplastik am 8. März 2016 nach Skiunfall» fest. In der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte habe ab 29. Dezember 2014 eine 100%ige, ab 27. April 2015 eine 75%ige, ab 4. Juni 2015 eine 70%ige, ab 6. Juli 2015 eine 60%ige und ab 13. August 2015 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab 8. März 2016 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, zeitlich 50 % ab 2. Mai 2016, eventuell mit verminderter Leistungsfähigkeit. Im Zeitpunkt der letzten orthopädischen Untersuchung habe eine eventuelle Verminderung der Leistungsfähigkeit nicht angegeben werden können. Ebenso wenig der weitere Heilungsprozess. Auch der Hausarzt Dr. med. I. ___ habe darüber keine Angaben gemacht (vgl. IV-Nr. 12). Es werde empfohlen, bei Dr. med. L. ___ anzufragen, ob und wie die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seit 2. Mai 2016 fortgeschritten sei. In einer Verweistätigkeit ■ ohne Heben schwerer Lasten über Schulterhöhe und ohne enggradige Bewegungen mit dem rechten Arm ■ bestehe ab 2. Mai 2016 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt.

6.25 Dr. med. L. ___ hielt in seinem Schreiben vom 5. September 2016 (IV-Nr. 16) fest, er habe die Beschwerdeführerin vom 3. Mai 2016 bis 8. Juli 2016 zu 25 % arbeitsfähig geschrieben, ab dem 9. Juli 2016 zu 50 %. Die letzte Kontrolle sei am 1. September 2016 erfolgt, die Beschwerdeführerin habe dann mit der 50%igen Arbeitsfähigkeit wieder Mühe bekundet, so dass keine weitere Steigerung vorgenommen worden sei.

6.26 Der RAD-Arzt Dr. med. C. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 20. September 2016 (IV-Nr. 18) fest, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte habe ab 3. Mai 2016 25 % betragen und ab 9. Juli 2016 bis auf Weiteres 50 %. Der Beschwerdeführerin sei eine Verweistätigkeit ganztags zumutbar. Diese dürfe weder das Heben von schweren Lasten auf oder über Schulterebene noch das Ausführen von repetitiven Bewegungen des rechten Oberarms gegenüber der Schulter oder die dauernde Belastung des rechten Arms beinhalten. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt.

6.27 Anlässlich der am 6. Oktober 2016 durchgeführten MRT der HWS (IV-Nr. 26 S. 3) hielt Dr. med. O. ___ folgende Beurteilung fest: Osteochondrose mit Spondylose und Diskusprotrusion C5/6 mit linksbetonter Unkovertebralarthrose und linksseitiger foraminale diskal und degenerativ bedingter Kompression von C6, eingengter Foraminaleingang rechts mit möglicher Irritation von C6 rechts. Chondrose mit Spondylose und breitbasiger Diskusprotrusion nach foraminal ausladend C4/5 unter leicht linksseitiger Betonung mit möglicher Irritation der Nervenwurzel C5 links im Foraminaleingang.

6.28 Im Bericht betreffend die Sprechstunde für Wirbelsäulenchirurgie vom 9. November 2016 (IV-Nr. 26 S. 1 f.) hielt Prof. Dr. med. P. ___, Leiter Wirbelsäulenchirurgie, Spital G. ___, folgende Diagnose fest:

Chronisches Nacken- / Schulter-Syndrom rechtsbetont

Die Beschwerdeführerin sei mit einer recht ausgeprägten Schmerzproblematik im Nacken- und Schulterbereich rechts vorstellig geworden. Relevante radikuläre Beschwerden bestünden nicht. Einzig beim Schwimmen verspüre sie auf der linken Seite gelegentlich ein Einschlafen der Hände, wobei keine spezifische / dermatombezogene Pathologie vorzuliegen scheine. Man könne von der Bildgebung her die erwähnten degenerativen Veränderungen aufführen, die wahrscheinlich eine gewisse Schmerzrelevanz hätten, die Veränderungen seien aber recht diffus und erlaubten keine gezielte Schmerztherapie durchzuführen. Empfehlung sei hier, dass die Beschwerdeführerin jetzt für eine gewisse Zeit konstant einen Entzündungshemmer wie Xepho oder ähnliches einnehme, um eine Beruhigung der Schmerz-situation zu erreichen, und gleichzeitig ihre physischen Aktivitäten beibehalte oder sogar steigere. Wahrscheinlich werde sich hier ein wellenförmiger Verlauf einstellen mit sporadischen Schmerzexazerbationen. Gegebenenfalls blieben hier die symptomatischen Massnahmen mit einer Bedarfsanalgesie. Sollte sich eine klare radikuläre Problematik links oder auch rechts in Vordergrund stellen, könnte man sicherlich auch mittels einer Infiltration nachhelfen. Eine chirurgische Behandlungsindikation stehe im Moment nicht zur Diskussion.

6.29 Die Abklärungsfachfrau D. ___ hielt im Abklärungsbericht Haushalt vom 24. Februar 2017 (IV-Nr. 23) folgende Bemerkungen fest (S. 8 f.): Die Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin heute ■ bei voller Gesundheit ■ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Ausmass von 70 % nachginge. Entsprechend fielen 30 % in den Aufgabenbereich Haushalt. Demzufolge komme zur

Ermittlung des Invaliditätsgrades die gemischte Bemessungsmethode zur Anwendung. Aus medizinischer Sicht bestehe für eine angepasste Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Bei einem ausserhäuslichen Anteil von 70 % und einer Einschränkung von 0 % ergebe sich ein Behinderungsgrad von 0 %. Im Aufgabenbereich Haushalt sei unter Berücksichtigung der medizinischen Akten und der Abklärung vor Ort keine Einschränkung erhoben worden. Bei einem Anteil von 30 % und einer Einschränkung von 0 % ergebe sich ein Behinderungsgrad von 0 %. Unter Anwendung der gemischten Bemessungsmethode resultiere letztlich ein Gesamtinvaliditätsgrad von 0 %. Es bestehe kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, der Antrag sei abzuweisen.

6.30 Im provisorischen Austrittsbericht vom 27. April 2017 (IV-Nr. 28) der Klinik Q.____ wurden betreffend die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 6. bis 29. April 2017 folgende Diagnosen ausgewiesen:

Die Beschwerdeführerin sei von zu Hause zur muskuloskelettalen Rehabilitation zugewiesen worden. Sie habe beim Eintritt subjektiv über Schmerzen in der rechten Schulter mit Ausstrahlung in den Nacken, Hals, Rücken und lateralen Thorax sowie Oberarm rechts geklagt. Gelegentliches Einschlafgefühl der rechten Finger v.a. beim Schwimmen sowie Ausstrahlung in die linksseitige Schultergürtelregion und den linken Oberarm. Es handle sich um einen Dauerschmerz, der auch nachts bis maximal 9/10 auf der VAS bestünde. Auch in die rechte Kopfseite würden die Beschwerden ausstrahlen. In der klinischen Untersuchung imponiere ein Schulterschiefstand rechts von 2 cm, Wirbelsäule im Lot, KSA 8/20 cm. Beweglichkeit der HWS für Lateroflexion und Rotation leicht eingeschränkt. Muskulärer Hypertonus im Schultergürtelbereich beidseits. Bei den oberen Extremitäten habe ein ausgeprägtes Knirschen bei der passiven und aktiven Beweglichkeit beider Schultergelenke bestanden, Angabe von Sensibilitätsminderung über dem dorsalen Unterarm sowie in der dorsalen Seite von Dig. II und IV links. Grobe Kraft schmerzbedingt beidseits gemindert. Bei den unteren Extremitäten Sensibilität auf Berührung seitengleich angegeben. Babinski beidseits negativ. Komplizierte Gangarten seien möglich gewesen.

Die Beschwerdeführerin sei ins angepasste multimodale Therapieprogramm aufgenommen worden mit dem Ziel der Schmerzlinderung, Haltungsverbesserung und Verbesserung des Gangbildes sowie Steigerung der physischen und psychischen Belastbarkeit. Das Trainingsprogramm sei stufenweise aufgebaut worden. In einer ersten Phase lägen die Schwerpunkte in der Detonisierung der hypertonen Muskulatur, in der zweiten Phase sei es um die gezielte Kräftigung der Schultergürtelregion / Stabilisation der Muskulatur gegangen, in der dritten Phase sei der Fokus auf der Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit gelegen. Medizinisch sei der Verlauf komplikationslos geblieben und die Laborkontrollen hätten keine Auffälligkeiten gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe am 29. April 2017 nach Hause entlassen werden können.

6.31 Dr. med. J.____ hielt aufgrund der MRT der BWS vom 15. Mai 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 6) fest, insgesamt unauffälliger MRT-Befund der BWS ohne fortgeschritten degenerative Veränderungen mit Kompression neuraler Strukturen. Keine entzündliche Spondylarthrose, keine Myelopathie und keine Spinalkanalstenose im Untersuchungsbereich. Nebenbefundlich Hämangiom BWK 10.

6.32 Im Sprechstundenbericht für Wirbelsäulenchirurgie vom 29. Juni 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 9) hielten Dr. med. R.____, Assistenzärztin Orthopädie, und Prof. Dr. med. P.____, Leiter Wirbelsäulenchirurgie, Spital G.____, die Diagnose eines

«chronischen Nacken- / Schulter-Syndroms rechtsbetont» fest. Seit dem letzten Sprechstundenbericht hätten sich die Befunde nicht massgeblich verändert. Die Beschwerdeführerin sei mit einer recht ausgeprägten Schmerzproblematik im Nacken- und Schulterbereich rechts vorstellig geworden. Beim letzten Mal sei ihr empfohlen worden, eine Analgesie mit Xepho durchzuführen. Dies habe sie gemacht. Darunter seien die Schmerzen linksseitig teilweise verschwunden. Rechts bestünden diese jedoch nach wie vor. Auch im CT der HWS könne keine genaue Erklärung für die Schmerzen der Beschwerdeführerin gefunden werden. Lediglich die foraminale Enge C5/6 könnte ein Problem darstellen. Daher würden sie gerne die C6-Wurzel mit einer periradikulären Therapie adressieren. Je nach Infiltrationserfolg werde man weitere Schritte in die Wege leiten. Rein von der Bildgebung her sei es den Ärzten jedoch nicht möglich, eine eindeutige Ursache für die Schmerzen und damit für die Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen.

6.33 Im Bericht «CT HWS / CT-gesteuerte periradikuläre Therapie C6 rechts» vom 13. Juli 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 11) hielt Dr. med. F.____, Spital G.____, folgenden Befund fest: CT in Rückenlage mit Kopfdrehung nach links, Darstellen C5-Th1. Osteochondrose mit höhengeminderten Bandscheiben C5/6, C6/7. Bilaterale links meist ausgeprägte Unkarthrose C6/7 mit links meist ausgeprägter osteodiskogener Foramenstenose, keine relevante Facettengelenksarthrose. Unter sterilen Kautelen Vorbringen einer 24G Nadel bis knapp intraforminal C5/6 rechts. Dokumentation der extravaskulären Lage der Nadelspitze mit wenig Kontrastmittel, diese fliesse periradikulär. Darauf Infiltration mit 1,5 ml Ropivacain 0,2 % und 4 mg Fortecoin, hierbei könnten bekannte Beschwerden provoziert werden. Postinterventionell, in der Anästhesiephase, fast vollständige Beschwerderückbildung, VAS 7 auf 1. Abwarten der Steroidwirkung.

Ähnliche Befunde und Angaben machte Dr. med. F.____ auch in den Berichten vom 24. August bzw. 23. November 2017 (Beschwerdebeilage Nrn. 12, 14) betreffend die CT-HWS / CT-gesteuerte periradikuläre Therapie C6 rechts vom 23. August 2017 bzw. vom 23. November 2017.

6.34 Dr. med. S.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Juli 2017 (IV-Nr. 30 S. 2 f.) fest, es bestünden für eine versicherungsmedizinische Beurteilung keine neuen medizinischen Fakten. Den neuen ärztlichen Berichten könnten keine Anhaltspunkte entnommen werden, die eine andere Arbeitsunfähigkeit rechtfertigten als die in der RAD-Stellungnahme vom 20. September 2016 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) angenommene. Es seien auch keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt. Es lägen weder neue Diagnosen vor noch sei der Sachverhalt bloss anders bewertet und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen worden. Es könne am Vorbescheid vom 23. März 2017 festgehalten werden.

6.35 In dem von Russisch auf Deutsch übersetzten Bericht der durchgeführten MRT des rechten Schultergelenks unter Einbezug von Weichteilgewebe im Bereich des Schulterblatts vom 3. August 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 15) hielt Dr. med. T.____, H.____, folgende Beurteilung fest: Gemäss den Ergebnissen der Magnetresonanztomographie seien Anzeichen des Kompressionssyndroms der Sehne Musculus supraspinatus und einer mittelgradigen Arthrose des Akromioklavikulgelenks zu erkennen. Alte osteochondrale Schädigung des Tuberculum majus humeri. Degenerative Veränderungen der hinteren Abschnitte der Gelenkklippe. Minimale Bursitis subacromialis und subscapularis; lokale Flüssigkeitsansammlung zwischen der Pars spinalis und der Pars acromialis des Musculus deltoideus.

6.36 Dr. med. L. ___ stellte im Bericht vom 21. August 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 8) folgende Diagnosen:

Er habe die Beschwerdeführerin seit dem 27. März 2017 nicht mehr gesehen. Zur Konsultation vom 17. August 2017 bringe sie umfangreiches Abklärungsmaterial mit. Er sehe höchstens eine leichte Einengung unter dem AC-Gelenk, aber das AC-Gelenk sei heute überhaupt nicht dolent gewesen, deshalb sei dem Wunsch der Beschwerdeführerin entsprechend subacromial die zweite Spritze mit Dexametason 2 mg durchgeführt worden. Die Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung sei nachgetragen worden. Er werde die Beschwerdeführerin in einem Monat wieder sehen. In der Zwischenzeit werde auf Veranlassung von Prof. Dr. med. P. ___ die linke Seite der Wirbelsäule infiltriert.

6.37 Im Situationsbericht vom 23. August 2017 (IV-Nr. 31) betreffend die Anfrage der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die geplante Änderung der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), welche die gemischte Methode neu regle, hielt die Abklärungsfachfrau D. ___ fest, solchenfalls betrage der Ausfall in ausserhäuslichen Tätigkeiten 8,7 % und der Gesamtinvaliditätsgrad aufgrund der neuen Berechnung 6,09 %.

7. Aufgrund der sich präsentierenden medizinischen Akten kann festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin eine Beeinträchtigung ihres somatischen Gesundheitszustandes, im Wesentlichen eine Schmerzproblematik in Bezug auf ihre rechte Schulter, vorliegt. Eine Beeinträchtigung ihres psychischen Gesundheitszustandes ist weder dokumentiert noch wird ein solcher von der Beschwerdeführerin geltend gemacht. Die Beschwerdeführerin hatte sich anlässlich des Unfallereignisses vom 29. Dezember 2014 (Skisturz) einen ossären Ansatzriss der Supraspinatussehne zugezogen, der konservativ mittels Physiotherapie und Schmerzmittel behandelt wurde (vgl. E. II. 6.1 - 6.3 hiervor). Es entwickelte sich anschliessend im März 2015 eine posttraumatische Frozen Shoulder (vgl. E. II. 6.4 hiervor), die im April 2015 sodann als «milde residuelle Kapselsteife» und im Juni 2015 als «residuelle Kapselsteife mit periartikulären Muskelverspannungen» bezeichnet wurde. Das der Beschwerdeführerin ab dem 27. April 2015 wieder zumutbare Arbeitspensum in ihrer angestammten Tätigkeit im Service von 25 % wurde ab 4. Juni 2015 auf 30 % erhöht (vgl. E. II. 6.5 f. hiervor). Die Beweglichkeit der Schulter wurde durch den behandelnden orthopädischen Chirurgen Dr. med. L. ___ im Juli und August 2015 als «hervorragend» bezeichnet, wobei es noch Einschränkungen bei der Aussenrotationsfähigkeit gebe. Die Schultersteife habe sich fast vollständig verflüchtigt (vgl. E. II. 6.7 f. hiervor). Ab 13. August 2015 wurde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 50 % erhöht (vgl. E. II. 6.8 hiervor). Der im Bericht vom 14. August 2015 festgestellte und als «geblieben» qualifizierte subacromiale Konflikt wurde auch in den nachfolgenden Arztberichten von Dr. med. L. ___ bestätigt: So diagnostizierte dieser im Bericht vom 14. August 2015 erstmals eine subacromiale Impingementsymptomatik und wies zugleich darauf hin, dass die Beschwerdeführerin eine forcierte und exzessive Rehabilitation betrieben habe (vgl. E. II. 6.8 hiervor). Bereits im September wurde dann eine «abklingende» Impingementsymptomatik ausgewiesen (vgl. E. II. 6.9 hiervor) und im Bericht vom 27. Oktober 2015 die Verdachtsdiagnose auf eine Bursitis subacromialis gestellt (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Die am 22. Oktober 2015 durchgeführte Infiltration des Schultergelenkes (vgl. E. II. 6.10 hiervor) führte lediglich kurzzeitig zu einem Erfolg im Sinne einer Schmerzreduktion. Bereits ab Mitte November klagte die Beschwerdeführerin jedoch erneut über etwas ausstrahlende Beschwerden in den Nacken, die Schulter und in den Arm (vgl. E. II. 6.11, 6.13 hiervor). Es erfolgte wiederum

eine konservative Therapie. Aufgrund der in diesem Zusammenhang erstmals am 19. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) festgestellten periscapulären Muskelverspannungen mit Ausstrahlung in den rechten Oberarm wurde am 25. Januar 2016 eine MRT-Arthrographie durchgeführt (vgl. E. II. 6.16 hiervor). Dr. med. L. ___ bestätigte im darauffolgenden Bericht vom 12. Februar 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) die bereits vor der Durchführung des bildgebenden Verfahrens festgestellten Diagnosen von «persistierenden periscapulären Muskelverspannungen bei posttraumatischem Impingement mit Bursitis subacromialis und Acromionabsenkung der rechten Schulter». Aufgrund des posttraumatischen Impingements mit Bursitis subacromialis wurde am 8. März 2016 ein operativer Eingriff einer arthroskopischen Bursektomie und Acromioplastik der rechten Schulter durchgeführt (vgl. E. II. 6.18 hiervor). Der Verlauf gestaltete sich komplikationslos mit einer sehr guten Beweglichkeit bei minimaler Weichteilspannung (vgl. E. II. 6.18 f. hiervor). Auf Wunsch der Beschwerdeführerin wurde sie ab 4. April 2016 zu 10 % arbeitsfähig geschrieben. Es persistierten indes weiterhin Schmerzen und im Bericht vom 3. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.20 hiervor) wurden persistierende Knackphänomene und eine endgradige Reizung der rechten Schulter festgehalten. Es wurde auch hier wieder auf eine sehr gute Beweglichkeit der Schulter hingewiesen und darauf, dass die Beschwerdeführerin die vor kurzem operierten Strukturen wieder einklemme, wenn sie die Beweglichkeit völlig ausreize. Die Arbeitsfähigkeit wurde auf 25 % festgelegt. Dr. med. L. ___ sprach sodann im Bericht vom 10. Juni 2016 von «funktionell bedingten» Schmerzen (vgl. E. II. 6.21 hiervor) und schrieb die Beschwerdeführerin am 9. Juli 2016 zu 50 % arbeitsfähig (vgl. E. II. 6.22, 6.25 hiervor). Die bereits im Februar 2016 ausgewiesene Diagnose bestätigte der behandelnde orthopädische Chirurg im Bericht vom 5. August 2016 (vgl. E. II. 6.23 hiervor) als «persistierende periscapuläre Muskelverspannungen bei posttraumatischem Impingement mit Bursitis subacromialis der rechten Schulter». Auch in den nachfolgend erstellten medizinischen Berichten stehen die Schmerzen der Beschwerdeführerin im Nacken und in der Schulter im Vordergrund: So stellte der Wirbelsäulenchirurg Prof. Dr. med. P. ___ im Sprechstundenbericht vom 9. November 2016 (vgl. E. II. 6.28 hiervor) die Diagnose eines «chronischen Nacken- / Schultersyndroms rechtsbetont» und empfahl die Einnahme eines Entzündungshemmers und im provisorischen Austrittsbericht der Klinik Q. ___ vom 27. April 2017 (vgl. E. II. 6.30 hiervor) wurde ein «zervikozephal- und -brachiales Schmerzsyndrom rechtsbetont» diagnostiziert. Im Rahmen dieses Aufenthalts wurden die festgelegten Ziele einer Schmerzlinderung und Verbesserung der Stellung des Oberarmkopfes erreicht (IV-Nr. 28 S. 2). Bereits im Sprechstundenbericht von Prof. Dr. med. P. ___ und der Assistenzärztin Dr. med. R. ___ vom 29. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.32 hiervor) wurde aber wieder eine recht ausgeprägte Schmerzproblematik im Nacken- und Schulterbereich festgehalten. Unter der Behandlung mit dem Entzündungshemmer seien die Schmerzen linksseitig verschwunden, rechts seien diese indes nach wie vor vorhanden. Da diese auch aufgrund der durchgeführten MRT der BWS vom 15. Mai 2017 (vgl. E. II. 6.31 hiervor) nicht erklärt werden konnten, jedoch von einer problematischen formalen Enge C5/6 ausgegangen wurde (vgl. E. II. 6.32 hiervor), wurde eine Infiltration der C6-Wurzel durchgeführt (vgl. E. II. 6.33 hiervor). Auch dieser medizinische Eingriff führte jedoch nicht zu einer vollständigen Schmerzreduktion. So hielt Dr. med. L. ___ im Bericht vom 21. August 2017 persistierende Schulterschmerzen und eine höchstens leichtgradige Einengung des AC-Gelenkes fest (vgl. E. II. 6.36 hiervor).

7.1 Aufgrund der sich präsentierenden medizinischen Akten kann bei der Beschwerdeführerin von einem seit dem Unfallereignis vom 29. Dezember 2014 im

Wesentlichen gleichgebliebenen Zustand ausgegangen werden. So steht bei der Beschwerdeführerin nach wie vor eine Schmerzproblematik im Bereich der rechten Schulter mit Ausstrahlung in den Nacken und den rechten Arm im Vordergrund, die sich weder durch konservative Behandlungen noch durch den operativen Eingriff vom 8. März 2016 in relevanter Weise verbessert hat. Es kann daher dem Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wonach von einer verschlimmerten gesundheitlichen Situation mit jeder weiteren durchgeführten Behandlung (A.S. 19) auszugehen sei. In diesem Zusammenhang kann auch der durch die Beschwerdeführerin geltend gemachten, jedoch nicht begründeten Verschlechterung aufgrund des Berichts des H.____s vom 3. August 2017 (vgl. E. II. 6.35 hiervor) nicht gefolgt werden (A.S. 20). Denn die Ergebnisse im entsprechenden Bericht weichen nicht wesentlich von den zuvor diagnostizierten Befunden ab. So konnte in Bezug auf die im Bericht des H.____s vom 3. August 2017 festgestellten Anzeichen eines Kompressionssyndroms der Sehne des Musculus supraspinatus bei der am 25. Januar 2016 durchgeführten MRT Arthrographie (vgl. E. II. 6.16 hiervor) eine Tendinopathie im distalen Ansatz der intakten übrigen Supraspinatussehne mit leichtgradigen Unterminierung derselben objektiviert werden. Die im H.____-Bericht vom 3. August 2017 weiter festgestellte mittelgradige Arthrose des Akromioklavikulargelenks wird durch die kurze Zeit später durch Dr. med. L.____ durchgeführte Untersuchung vom 17. August 2017 etwas entkräftet. So hielt er im Bericht vom 21. August 2017 (vgl. E. II. 6.36 hiervor) fest, das AC-Gelenk sei überhaupt nicht dolent gewesen und es sei höchstens eine leichte Einengung unter dem AC-Gelenk gegeben. Ausserdem wurde bereits im Bericht vom 14. August 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) ein verbleibender subacromialer Konflikt ausgewiesen. Es kann daher auch diesbezüglich nicht von einem veränderten bzw. wesentlich verschlechterten Gesundheitszustand ausgegangen werden.

7.2 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht umstritten ist. Dies gilt denn auch für die attestierten Arbeitsfähigkeiten der Beschwerdeführerin. Es kann diesbezüglich auf die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dres. med. C.____ und E.____ vom 30. August, 20. September 2016 und 18. Juli 2017 (vgl. E. II. 6.24, 6.26 und 6.34 hiervor) abgestellt werden. Diese stimmen mit den in den Akten dokumentierten Unfallscheinen überein (vgl. IV-Nrn. 11 S. 3, 26 S. 4). Somit ist von folgenden Arbeitsfähigkeiten auszugehen: In der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte bestand ab 29. Dezember 2014 (Unfallereignis) eine 100%ige, ab 27. April 2015 eine 75%ige, ab 4. Juni 2015 eine 70%ige, ab 6. Juli 2015 eine 60%ige und ab 13. August 2015 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Vom 8. März 2016 betrug die Arbeitsunfähigkeit 100 %, ab 3. Mai 2016 75 % und ab 9. Juli 2016 bis auf Weiteres 50 %. Ab 2. Mai 2016 war der Beschwerdeführerin eine Verweistätigkeit ■ ohne das Heben von schweren Lasten auf oder über Schulterebene oder repetitiven Bewegungen des rechten Oberarms gegenüber der Schulter bzw. dauernder Belastung des rechten Arms ■ zu 100 % zumutbar.

8. Im Weiteren ist zu prüfen, ob der Abklärungsbericht Haushalt vom 24. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.29 hiervor; IV-Nr. 23) eine genügende Grundlage für die Bemessung des Invaliditätsgrads darstellt:

8.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den

medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben des Versicherten zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (SVR 2003 IV Nr. 20 S. 60 E. 2.3.2). Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468, 130 V 61 E. 6.2 S. 63, 128 V 93; Urteile des Bundesgerichts 9C_497/2014 vom 2. April 2015 E. 4.1.1, 9C_562/2016 vom 13. Januar 2017 E. 4.1).

8.2 Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizugs eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1).

8.3 Der Abklärungsbericht Haushalt vom 24. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.29 hiavor) wurde von der Abklärungsfachfrau D.____ erstellt. Es handelt sich somit bei ihr um eine dazu qualifizierte Person. Beim Gespräch waren die Beschwerdeführerin und die Abklärungsfachfrau D.____ anwesend. Da die Abklärungsfachfrau unter anderem Angaben zu den Wohnverhältnissen macht, ist davon auszugehen, dass sie die Beschwerdeführerin zu Hause besucht hat (IV-Nr. 23 S. 6; nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3084 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]). Weiter werden im entsprechenden Bericht unter dem Titel «Beginn und Ausmass der Beschwerde» zunächst Angaben zur «Ausgangslage» gemacht, wobei u.a. Angaben zu den in den Vorakten geschätzten Arbeitsfähigkeiten anhand der RAD-Stellungnahmen ausgewiesen werden (IV-Nr. 23 S. 2). Aus diesen geht auch hervor, dass bei der Beschwerdeführerin ein Status nach arthroskopischer Bursektomie und Acromioplastik am 8. März 2016 besteht. Es ist somit davon auszugehen, dass der Abklärungsfachfrau sowohl die örtlichen und räumlichen Verhältnisse als auch die medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen bekannt waren. Zudem werden im Bericht auch die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zur aktuellen gesundheitlichen Situation und ihren Aufgaben im Haushalt wiedergegeben (IV-Nr. 23 S. 3,

ff.). Die Feststellungen der Abklärungsfachfrau erscheinen zudem plausibel und schlüssig: Es ist aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin, der medizinischen Dokumentation und der zumutbaren Hilfe ihres Lebenspartners nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt nicht eingeschränkt sei (IV-Nr. 23 S. 8). So gibt die Beschwerdeführerin an, die Planung und Organisation des Haushalts im gleichen Masse auszuführen wie vor der gesundheitlichen Einschränkung. Da sie nicht gerne koche, übernehme dies in der Regel ihr Lebenspartner. Dies sei aber schon immer so gehandhabt worden und habe keinen Zusammenhang mit den gesundheitlichen Einschränkungen. Sie könne Abstauben, Staubsaugen, die Bodenpflege sowie die Reinigung der Badezimmer ausführen, wobei sie die Arbeit auf verschiedene Tage verteile, damit sie den Arm nicht überbelastet. Der Lebenspartner habe sie hierbei auch schon vor dem Sturz unterstützt. Die Beschwerdeführerin wasche, hänge die Wäsche auf, bügeln sie und lege sie zusammen. Sie wasche nebst den Kleidern für sich und den Lebenspartner auch einen Teil der Tischtücher für das Restaurant. In der Regel sei sie hierbei nicht auf Hilfe angewiesen. Wenn es ihr gesundheitlich schlecht gehe, helfe ihr der Lebenspartner. Beim Wechseln der Bettwäsche helfe ihr eine Angestellte des Restaurants. Es seien weder Haustiere noch ein Garten vorhanden. Vor der gesundheitlichen Einschränkung sei die Beschwerdeführerin keiner gemeinnützigen Arbeit nachgegangen, habe keine Kleider selber hergestellt und sei auch keinem künstlerischen Schaffen nachgegangen. Die Beschwerdeführerin gebe an, mit dem Arm alle Arbeiten im Haushalt ausführen zu können wie vorher. Sie benötige heute mehr Zeit dazu und müsse sich diese einteilen. In der Freizeit versuche sie den Arm möglichst zu schonen.

8.4 Damit ist der Abklärungsbericht Haushalt vom 24. Februar 2017 als voll beweiskräftig zu qualifizieren. Es kann daher auf die darin bei den Haushaltarbeiten festgestellte Einschränkung der Beschwerdeführerin 0 % abgestellt werden.

9. Es ist daher nachfolgend der Statusfrage nachzugehen:

9.1 Für die Statusfrage ist einzig massgebend, ob und bejahendenfalls in welchem Umfang eine versicherte Person einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Diese ■ stets hypothetische ■ Annahme ist anhand des im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Es ist somit auf Grund objektiver Umstände zu beurteilen, wie die betreffende versicherte Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Einschränkungen entschieden hätte. Dieser subjektive Entschluss muss nicht zwingend auch der objektiv vernünftigste Entscheid sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 6.2.1, in: SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131; Urteil des Bundesgerichts 8C_889/2011 vom 30. März 2012 E. 3.2.1).

9.2 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen

Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15E. 3.1 S. 20,137 V 334E. 3.2 S. 338,125 V 146E. 2c S. 150; Urteil des Bundesgerichts 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1).

9.3 Die gemischte Methode bezweckt eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 107 f.).

9.4 Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person im Besonderen entscheidet sich die Frage, ob sie als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige zu betrachten ist, nicht danach, ob sie vor ihrer Heirat erwerbstätig war oder nicht. Es ist vielmehr zu prüfen, ob sie ohne Invalidität mit Rücksicht auf die gesamten Umstände vorwiegend erwerbstätig oder im Haushalt beschäftigt wäre. Nebst den finanziellen Verhältnissen sind sämtliche weiteren Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen, wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195 mit Hinweis).

9.5 Die vorliegenden Akten präsentieren folgendes Bild: Im Rahmen des Intake-Gesprächs vom 23. November 2015 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) habe sich die Beschwerdeführerin dahingehend geäussert, dass sie im Restaurant M.____ ihres Lebenspartners in ungekündigter Stellung hauptsächlich im Service und auch als Allrounderin arbeite. Der Vertrag laute auf ein Pensum von 70 %. Da sie nun mit dem Chef des Restaurants zusammen sei, arbeite sie nun so um die 100 %. Sie verdiene im Monat circa CHF 3'000.00, wobei sie im Stundenlohn (CHF 25.00) angestellt sei und das Monatseinkommen daher unterschiedlich ausfalle. Sie wolle am bestehenden Arbeitsplatz bleiben. Ohne Gesundheitsschaden würde sie 70 - 100 % arbeiten. Seit dem Sturz am 29. Dezember 2014 arbeite sie mehr in der Küche und verrichte leichte Arbeiten, so z.B. die Abwaschmaschine ausräumen, denn dies könne sie mit dem linken Arm / Hand machen.

9.6 Die Frage nach dem Pensum der hypothetischen Erwerbstätigkeit ist anhand der konkreten Umstände zu prüfen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der im gleichen Haushalt lebende Lebenspartner die Beschwerdeführerin im Haushalt unterstützt. Seit dem 1. April 2008 ist sie zudem ausserhäuslich im Service des Restaurants M.____ ihres jetzigen Lebenspartners tätig. Finanzielle Probleme sind gemäss den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Zudem hat die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin bereits im Intake-Gespräch vom 23. November 2015 angegeben, dass sie ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung in einem reduzierten Arbeitspensum von 70 - 100 % tätig wäre. Der Vertrag lautete auf 70%. Es handelt sich dabei um eine «Aussage der ersten Stunde», die in der Regel unbefangener und zuverlässiger ist als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2b S. 47; Urteile des Bundesgerichts

8C_678/2017 vom 12. März 2018 E. 4.4 mit Hinweisen).

9.7 Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass entsprechend den Ausführungen der Abklärungsfachfrau D.____ im Haushaltsbericht vom 24. Februar 2017 und aufgrund der vorliegenden Akten überwiegend wahrscheinlich ist, dass die Beschwerdeführerin während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Oktober 2017 weiterhin einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit im Umfang eines Pensums von 70 % nachgegangen wäre, wobei sie daneben noch den Haushalt erledigt hätte. Es ist daher von einem Status von 70 % (ausserhäusliche Erwerbstätigkeit) : 30 % (Haushalt) auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat daher bei der Feststellung des IV-Grades zu Recht die gemischte Methode angewendet.

10. Zusammenfassend liefern somit der Abklärungsbericht Haushalt vom 24. Februar 2017 sowie die RAD-Stellungnahmen vom 30. August, 20. September 2016 und 18. Juli 2017 ein stimmiges und umfassendes Bild über die gesundheitliche Situation und die Auswirkungen auf die Erwerbs- und Haushaltsführungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Der Sachverhalt erweist sich damit als umfassend und vollständig geklärt.

11. Schliesslich ist die in der Verfügung vom 13. Oktober 2017 (A.S. 2a) vorgenommene Invaliditätsberechnung unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden: So ist die Beschwerdegegnerin für die Festsetzung des Valideneinkommens korrekterweise vom zuletzt vor dem Unfallereignis vom 29. Dezember 2014 über die Jahre 2011 bis 2014 durchschnittlich erzielten Jahreseinkommen der Beschwerdeführerin (vgl. Kontoauszug aus dem individuellen Konto der Ausgleichskasse des Kantons [...] vom 29. September 2016, IV-Nr. 19) von CHF 28'907.00 ($\{[2011:] \text{ CHF } 26'850.00 + [2012:] \text{ CHF } 32'132.00 + [2013:] \text{ CHF } 27'763.00 + [2014:] \text{ CHF } 28'883.00\} = \text{CHF } 115'628.00 : 4$) ausgegangen und hat diesen Betrag an die Nominallohnentwicklung 2014 / 2015 angepasst (T1.10 Nominallohnindex, 2011 - 2016, Ziff. 45 - 96, Sektor 3 Dienstleistungen, : 103,9 x 104,2). Damit beträgt das Valideneinkommen CHF 28'907.00.

Beim Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin korrekterweise auf den Tabellenlohn (LSE 2014, TA1_tirage_skill_level, Total, Niveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», Frauen) von CHF 4'300.00 abgestellt und diesen auf die übliche Anzahl Wochenstunden von 41,7 im Jahr (x 12) hochgerechnet sowie an den Nominallohnindex 2014 /2015 angepasst (T1.10 Nominallohnindex, 2011 - 2016, Total, : 103,3 x 103,7). Durch die Berücksichtigung eines der Beschwerdeführerin zumutbaren ausserhäuslichen Arbeitspensums von 70 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 37'801.00.

Bei einem Valideneinkommen von CHF 28'907.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 37'801.00 ergibt sich eine Erwerbseinbusse von CHF 0.00, weshalb sich der Invaliditätsgrad ebenfalls auf 0 % beläuft. Gestützt auf die vorliegend anzuwendende gemischte Bemessungsmethode (70 % Erwerbstätigkeit : 30 % Haushalt) ergibt sich unter Berücksichtigung der ausserhäuslichen Einschränkungen von 0 % und der Einschränkungen im Haushalt von ebenfalls 0 % (vgl. II. E. 9.7hiervor) ein Invaliditätsgrad von insgesamt 0 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. dazu II. E. 2.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat das entsprechende Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin somit zu Recht abgewiesen.

12. Wie in Erwägung II. 11 hiervor dargelegt, ist es der Beschwerdeführerin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen; deshalb sowie angesichts des

Invaliditätsgrades von 0 % besteht kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. E. II. 3.5 hiervor). Somit hat die Beschwerdegegnerin auch dieses Begehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen. Die Beschwerdegegnerin wies die Beschwerdeführerin zudem darauf hin, sich bei Bedarf zu melden, sofern sie bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle Hilfe und Unterstützung benötige (A.S. 32).

13. Damit ist die Verfügung vom 13. Oktober 2017 (A.S. 1 ff.) zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

14. Die Beschwerdeführerin ist weder anwaltlich noch anderweitig fachlich vertreten, weshalb kein Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht. Eine solche entfällt auch wegen des Ausgangs des Verfahrens.

15.

15.1 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht; vgl. E. I. 10 hiervor).

15.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

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