

SO_GERICHTE VSBES.2020.145 vom 22. April 2021

SO Obergericht, 2021-04-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.145

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.145 du 22 avril 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.145 del 22 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

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

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen am 29. Mai 2020 resp. 16. Juni 2020 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben 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 die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

E. 3

3.1 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 gestellt 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 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1

und 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 hinreichend 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).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

3.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.5 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere 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 Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu Recht ab 1. Januar 2017 eine halbe Rente zugesprochen hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

4.1 Am 4. März 2014 fand bei der Beschwerdeführerin ein operativer Eingriff an der rechten Schulter statt. Dem Sprechstundenbericht von Dr. med. E.____, Leitender Arzt, Orthopädische Klinik, Spital F.____, vom 14. April 2014 (IV-Nr. 18, S. 5 f.) sind diesbezüglich folgende Diagnosen zu entnehmen:

Status nach Prothesen-Wechsel von Hemi- zur inverser Schulter-Prothese rechts 4. März 2014 bei:

4.2 Dem Verlaufsbericht von Dr. med. E.____ vom 9. Juli 2014 (IV-Nr. 22) lässt sich entnehmen, seit drei Wochen nehme die Beschwerdeführerin 25 mg Lyrica zum Abend, die ersten drei Wochen seien geprägt gewesen durch deutliche Nebenwirkungen mit Schwindel und Unwohlsein, die Nebenwirkungen hätten gelindert, geplant sei eine weitere Aufdosierung. Prinzipiell sei die Beschwerdesituation relativ unverändert, nachts könne die Beschwerdeführerin besser schlafen, Schulter- / Armschmerzen gebe es bei Belastungen, Staubsaugen, Aufwischen sei nicht möglich, Kochen im begrenzten Masse, das Heben von schweren Töpfen gehe nicht. Weiterhin regelmässige Physiotherapie.

4.3 Dr. med. E.____ hielt in seinem Sprechstundenbericht vom 8. Dezember 2014 (IV-Nr. 25) fest, passiv sei die Mobilität der rechten Schulter weiterhin erhalten, aktiv sei knapp ein Hand-Gesicht-Kontakt erreichbar. Der Musculus deltoideus zeige sich klinisch atroph, nach Empfinden der Patientin zu diesem in zunehmendem Masse. Die Sensibilität des Axillaris sei mit pelzigem Gefühl chronisch gestört, koordinativ deutlichste Störung. Beim Anspannen des Deltoideus nur M2 Kraft. Aussenrotations Lag passiv bis 70°, aktiv 20°. Innenrotation mit Mühe bis zum Sakrum. Vom eigentlichen Schultergelenk schein mechanisch kein Problem vorzuliegen. Die Schmerzen erschienen am ehesten neuropathisch bedingt zu sein. Weitere Abklärungen mit selektiven Nervenblockaden seien von Dr. med. G.____ geplant. Schulterchirurgisch ergäben sich aktuell keine Therapieoptionen. Über die theoretische Möglichkeit einer Schulterarthrodese sei nur kurz gesprochen worden, beim aktuellen Zustand wäre diese nicht indiziert. Weiterhin sei die Arbeitsunfähigkeit (recte: Arbeitsfähigkeit) sicherlich auf 0 % festzusetzen, schon zehn Minuten arbeiten am Laptop sei das Maximum der Armbelastung.

4.4 Am 19. Juli 2015 erfolgte bei Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie, nach den diagnostisch-prognostischen Blockaden des N. axillaris sowie des N. suprascapularis die Kryoablation des N. axillaris (Kälteverödung mit einer voraussichtlichen Inaktivierungsdauer von 3 - 18 Monaten; IV-Nr. 27.2, S. 10 f.) und am 9. September 2015 erfolgten eine Ultraschall-gesteuerte Infiltration und Kryotherapie des N. suprascapularis rechts. Des Weiteren erfolgte am 19. Januar 2016 eine BV-gesteuerte therapeutische perineurale Kryotherapie des N. suprascapularis rechts. Dem Bericht von Dr. med. G.____ vom 18. Februar 2016 (IV-Nr. 29.2, S. 18 ff.) lässt sich entnehmen, für die Beschwerdeführerin sei die Intervention zwar nicht vollständig befriedigend, aber eine klare Verbesserung. Sie würde die Intervention wieder durchführen.

4.5

4.5.1 Gemäss Bericht der Kreisärztin Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Allgemeinchirurgie und Traumatologie, vom 19. Februar 2016 (IV-Nr. 29.2, S. 15 f.) könne von weiteren Behandlungen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden.

4.5.2 Ihrem Bericht vom 1. März 2016 (IV-Nr. 29.2, S. 13) lässt sich zusätzlich entnehmen, der Beschwerdeführerin seien ganztägige Arbeiten ohne Heben oder Tragen von Gewichten von mehr als 2 kg mit dem rechten Arm, keine körperfernen Arbeiten, keine Arbeiten über der Horizontalen und keine Vibrationsbelastungen zuzumuten.

4.6 RAD-Arzt Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, kam in seinem Bericht vom 15. Juni 2016 (IV-Nr. 31) zum Ergebnis, es sei nachvollziehbar, dass die Versicherte seit dem 23. Juli 2012 nicht mehr arbeitsfähig gewesen sei. Ab dem 22. Februar 2016, d.h. nach der Stellungnahme der Kreisärztin (Dr. med. H.____; E. II. 4.5.1 hiervor), sei die Versicherte nun wieder in einer dem Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Die Zumutbarkeit sei mit der angestammten Tätigkeit im kaufmännischen Bereich vereinbar.

4.7 Am 7. Juli 2016 fand erneut eine ultraschall-gesteuerte therapeutische perineurale Kryotherapie des N. axillaris rechts statt. Gemäss Bericht von Dr. med. G.____ vom 13. Juli 2016 (IV-Nr. 34.28) sei dadurch eine doch stärkere motorische Parese eingetreten als das letzte Mal. Die Patientin könne deshalb die Schulter deutlich weniger bewegen als bisher. Die motorische Erholung der Nerven benötige einige Monate Zeit. Die erneute Kryoablation sei als ablatives Verfahren von der Patientin gegenüber einem neuromodulativen Vorgehen (z.B. Rückenmarkstimulator) favorisiert worden. Die Schmerzen seien gemäss letzter Rücksprache mit der Patientin aber deutlich reduzierter.

4.8 Dem Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 9. September 2016 (IV-Nr. 34.12, S. 3 ff.) lässt sich entnehmen, in der klinischen Untersuchung zeige sich das zervikale Provokationsmanöver unauffällig. Betreffend Motorik zeige sich eine leichte bis mässige Atrophie im Bereich des M. deltoideus rechts, keine sonstigen umschriebenen Atrophien. Schulterchiefstand rechts, Einzelkraftprüfungen im Bereich des rechten Armes schmerzbedingt nur eingeschränkt verwertbar. Soweit untersuchbar Parese der Schulterabduktion-, adduktion, ante- und retroversion. Der Arm könne aktiv nur wenige Grad vom Oberkörper abduziert werden. Armbeugung, Armstreckung, Handgelenks- und Fingerstreckung sowie Handgelenks- und Fingerbeugung, Fingerspreizen M5, Einzelkraftprüfungen des linken Armes seien normal. Betreffend Reflexen wird im Bericht festgehalten, BSR, TSR, BRR rechts seien leichtgradig abgeschwächt, Trömmnerreflex seitengleich mittellebhaft. Bezüglich der Sensibilität führt der Neurologe aus, es gebe eine diffuse Hypästhesie und Hypalgesie des gesamten rechten Armes ohne Dermatome- oder Nervenbezug. In der Beurteilung wird ausgeführt, nach multiplen Schulteroperationen rechts sowie verschiedenen therapeutischen Massnahmen, u.a. Kryotherapie im Bereich des N. axillaris rechts, liege aus neurologischer Sicht nicht nur eine Pseudoparese im Bereich der rechten Schulter, sondern eine "echte" Parese, hauptsächlich bedingt durch eine Schädigung des Nervus axillaris rechts, vor. Die Voruntersuchung von Dr. med. J.____, Fachärztin FMH für Neurologie, [...], von 2013, habe keine akuten Denervationszeichen, sondern lediglich chronisch-neurogene Veränderungen gezeigt. Aktuell fänden sich akute Denervationszeichen. Möglicherweise habe die Kryotherapie des Nervus axillaris eine

axonale Schädigung hervorgerufen. Die Bewegungseinschränkungen im Bereich der rechten Schulter seien also auch aus neurologischer Sicht absolut nachvollziehbar.

4.9 Die Kreisärztin Dr. med. H. ___ hielt in ihrem Bericht vom 13. September 2016 (IV-Nr. 34.11) fest, es sei durch die Kryotherapie leider zu einer schweren Komplikation gekommen. Die Schädigung der motorischen Fasern des N. axillaris könnte sich aber erholen, wobei das bis zu zwei Jahre dauern könnte. Es könne aber auch sein, dass sich die Schädigung nicht mehr erhole. Es sei wichtig, alle sechs Monate eine neurologische / neurophysiologische Untersuchung zu veranlassen.

4.10 Dem Verlaufsbericht von Dr. med. G. ___ vom 23. Dezember 2016 (IV-Nr. 37.7, S. 3 f.) lässt sich entnehmen, die Patientin berichte, dass die Schmerzen im Moment mit den entsprechenden Medikamenten knapp kompensiert seien. Das Gefühl im sensorischen kryoabladierten N. axillaris Bereich komme weiter langsam wieder zurück. Von der Motorik her sei bisher klinisch keine spürbare Erholung eingetreten.

4.11 Dem Arztbericht für Erwachsene von Dr. med. I. ___ vom 17. Mai 2017 (IV-Nr. 38, S. 1 ff.) ist zu entnehmen, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht mehr verbessert werden und berufliche Massnahmen seien angezeigt. Die Beschwerdeführerin sei bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Aufgrund der Axillarisneuropathie bestehe eine Schwäche der Schulterabduktion und somit eine deutlich eingeschränkte Bewegungsfähigkeit des rechten Armes. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar. Aus rein neurologischer Sicht sei aufgrund der Axillarisneuropathie mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von ca. 40 % zu rechnen. Hierbei bleibe die orthopädische Grunderkrankung unberücksichtigt. Aus orthopädischer Sicht ergebe sich mit grosser Wahrscheinlichkeit eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführerin seien auch andere Tätigkeiten zumutbar, so seien aber körperliche Tätigkeiten mit beanspruchenden Tätigkeiten der Arme nicht geeignet. Körperliche leichte Tätigkeiten ohne wesentliche Beanspruchung der proximalen Kraft im Bereich des rechten Armes erschienen geeignet (leichtere Bürotätigkeiten).

4.12 Im gleichentags erstellten Bericht an die Unfallversicherung Suva (IV-Nr. 38, S. 9 f.) dokumentierte Dr. med. I. ___ eine mässige Atrophie im Bereich des Musculus deltoideus rechts, einen Schultertiefstand rechts, eine Parese von Schulterabduktion,- adduktion, -ante- und -retroversion sowie eine diffuse Hypästhesie und Hyperalgesie des gesamten rechten Armes. Der Neurologe führte weiter aus, seit der letzten Konsultation vom September 2016 habe sich bezüglich der Kraft und auch der Sensibilität des rechten Armes keine Besserung eingestellt. Nach wie vor sei die Beschwerdeführerin unfähig, den Arm zu abduzieren und auch die Feinmotorik der rechten Hand sei gestört. Auch die Sensibilität im Bereich des rechten Oberarmes habe sich nicht verbessert. Die Schmerzen seien unter der neu eingesetzten Therapie mit Fentanyl-Pflaster etwas gebessert, sie leide jedoch unter Nebenwirkungen in Form von Müdigkeit und Verstopfung. Klinisch-neurologisch finde sich im Wesentlichen eine unveränderte Situation mit nach wie vor bestehender Abduktionsschwäche des rechten Armes. Die allgemein subjektiv empfundene reduzierte Kraft des rechten Armes sei möglicherweise schmerzbedingt und nicht durch zusätzliche Nervenschädigungen erklärbar. In der heutigen Elektromyographie fänden sich im Gegensatz zur letzten Untersuchung keine sogenannten akuten Denervationszeichen mehr, sondern nur noch chronisch-neurogene Veränderungen, was der Voruntersuchung von Dr. med. J. ___ von 2013 entspreche. Der Vorzustand vor der Kryotherapie dürfte daher

wieder erreicht sein. Bezüglich Axillarisneuropathie rechts sei mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Endzustand eingetreten. Die Bewegungseinschränkung im Bereich der rechten Schulter sei aus neurologischer Sicht nach wie vor nachvollziehbar, das Ausmass der Bewegungseinschränkung und Schwäche des rechten Armes aber nicht allein durch die Axillarisneuropathie erklärbar, sondern wahrscheinlich zusätzlich schmerzbedingt.

4.13 RAD-Arzt Dr. med. C. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2017 (IV-Nr. 40) fest, durch die Axillarisneuropathie mit Abduktionsparese habe sich der Zustand der Funktion des rechten Armes bei der Beschwerdeführerin sicher verschlechtert. Die Schmerzen sollten jedoch unter den allerdings ermüdenden Fentanylpflastern gebessert haben. Sei die Versicherte vor dem Eintreten der Abduktionsparese für eine angepasste Tätigkeit, der auch jene als kaufmännische Angestellte entspreche, als 100 % arbeitsfähig beurteilt, meine nun Dr. med. I. ___, die Arbeitsfähigkeit sei um 40 % eingeschränkt. Diese Beurteilung sei in Frage zu stellen, denn auch mit der genannten Parese bleibe eine Restbeweglichkeit des Oberarmes, die für Büroarbeiten eventuell ausreichen sollte. Doch um die Arbeitsfähigkeit nun entsprechend dem Tätigkeitsprofil als kaufmännische Angestellte oder einer anderweitigen angepassten Arbeit klar definieren zu können, bedürfe es der gutachterlichen neurologischen und orthopädischen Untersuchung.

4.14 Gemäss Bericht von Dr. med. G. ___ vom 20. Juli 2017 (IV-Nr. 46.10) finde die Sprechstunde nach neurologischer Verlaufskontrolle bei Dr. med. I. ___ statt. Gemäss Dr. med. I. ___ scheine sich einerseits der Effekt der Kryotherapie auf den Nerv nun vollständig auf das alte, 2013 gemessene Niveau erholt zu haben, andererseits bleibe eine Axillarisneuropathie rechts bestätigt. Im Gespräch mit der Patientin würden die weiteren therapeutischen Möglichkeiten besprochen. Für die Patientin sei klar, dass wenn eine erneute Schmerzreduktion wie das letzte Mal eintreten würde, sie erneut eine Kryotherapie wählen würde. Hierzu sei Dr. med. G. ___ nach den versicherungstechnisch offenen Fragen durch die IV Bern wiederum relativ zurückhaltend. Da es sich um einen gemischt innervierten Nerven handle, bestehe immer noch die Hoffnung, dass sich allenfalls trotzdem motorisch eine leichte Erholung einstellen würde. Der Neurologe Dr. med. I. ___ gebe jedoch wenig Anlass dazu. Für die Patientin sei klar, dass eine Rückenmarkstimulation bei diesen gemischt neuropathisch-nozizeptiven Schmerzen für sie nicht in Frage komme. Sie habe eine Tetraplegie in der Familie. Dass sie sich auf eine solche Therapieoption einlassen würde, müsste es noch "viel schlimmer werden".

4.15 Im Gutachten der Begutachtungsstelle D. ___ vom 6. April 2018 (IV-Nr. 51.1 - 51.5) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

1. Chronisches Schmerzsyndrom der rechten Schulter (ICD-10 M25.51)
2. Läsion N. axillaris rechts (ICD-10 G56.9)
3. Belastungsabhängige Schmerzen linker Arm bei
4. Sulcus ulnaris Syndrom links (ICD-10 G56.2)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Senkfuss und initialer Hallux valgus beidseits (ICD-10 M20.1)
2. Anamnestisch St.n. Knie-Arthroscopie links (18. Lebensjahr)
3. Anamnestisch St.n. Knie-Operation links (Meniskus und Innenband) im 25. Lebensjahr

4. Aktenanamnestisch St.n. Kontusion linkes Knie (2012)

5. Aktuell: Initiale Gonarthrose links (Röntgen 22.11.2017) und Dezent sagittale Instabilität linkes Knie

Bei der Explorandin bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom der rechten Schulter, wodurch die Arbeitsfähigkeit in erster Linie aufgrund der orthopädischen Einschränkungen vermindert sei. Neben den Schmerzen finde sich in der klinischen Untersuchung ein Schultertiefstand rechts mit Atrophie des M. deltoideus supraspinatus und infraspinatus. Die Beweglichkeit sei deutlich reduziert und es bestehe eine deutliche Schonhaltung des rechten Armes, welcher nur mit Hilfe der linken Hand gestützt gehalten werden könne. Es bestehe eine deutliche Einschränkung der Abduktion und Aussenrotation im Bereich der rechten Schulter, was mit der erhobenen Sensibilitätsstörung im Bereich des Oberarmes für eine Läsion des N. axillaris spreche. Die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien in erster Linie durch die Bewegungseinschränkung und durch die Schmerzen bedingt, die zusätzlichen Sensibilitätsstörungen aufgrund der Kryotherapien im Bereiche des N. axillaris rechts hätten zwar die Beschwerden verstärkt, hätten aber nicht zu einer weiteren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt. Auch im Bereiche des linken Armes würden Beschwerden beklagt, welche jedoch zum Zeitpunkt der orthopädischen Untersuchung nicht zu funktionellen Auswirkungen geführt hätten. Im Bereiche der übrigen Gelenke wie auch der Wirbelsäule bestünden keine arbeitsfähigkeitsrelevanten Beschwerden. Für die zuletzt ausgeübte angestammte Tätigkeit mit überwiegend Arbeiten an einem PC bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Dabei müsse ein angepasster höhenverstellbarer Arbeitsplatz vorhanden sein ohne die Notwendigkeit den rechten Arm anzuheben und regelmässig zu gebrauchen und die Explorandin müsse die Möglichkeit zu selbstbestimmten Pausen haben. Diese Einschränkungen seien durch die orthopädischen Einschränkungen und Beschwerden erklärt. Neurologischerseits gebe es keine über die orthopädische Beurteilung hinausgehenden additiven Einschränkungen, weder quantitativer noch qualitativer Art. Muskuloskelettär leicht, mittel und schwer belastende Tätigkeiten seien nicht auszuüben. Hingegen könnten leicht belastende Wechseltätigkeiten mit angepasstem Arbeitsplatz ohne dauerhaften Gebrauch des rechten Armes in einem 50%igen Pensum ausgeübt werden. Die Tätigkeiten müssten mit angelegtem rechtem Arm auszuüben sein, weiterhin sei das Bewegen von Lasten von mehr als 2 kg nicht möglich.

4.16 Dr. med. G. ___ führte in seinem Bericht vom 1. Mai 2018 (IV-Nr. 71, S. 3 ff.) in Bezug auf das D. ___-Gutachten aus, dieses entspreche seinen Erwartungen / Erfahrungen mit der IV. Fraglich sei, ob die Patientin in der Tat zu 50 % arbeitsfähig sei und ob der rechte Arm überhaupt einsatzfähig sei. Dies könne er ohne versicherungsmedizinische Ausbildung jedoch nur begrenzt beurteilen. Zu unterschiedlich seien hier die Sichtweisen. Des Weiteren ist dem Bericht zu entnehmen, dass die Patientin aktuell sehr zufrieden sei mit der Kombination zwischen Novalgine und Cannabis-Öl. Die Schmerzen seien jetzt wirklich und dauerhaft von NRS 7 auf 4 gesunken. Es gebe keine grösseren Schmerzspitzen mehr. Hinderlich sei, dass die Patientin nach fünf Tropfen Cannabis-Öl immer noch sehr müde werde. Palexia müsste sie zur Schmerzdurchbruchstherapie gar nicht mehr nehmen.

4.17 Dem Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 29. Mai 2018 (IV-Nr. 60.4) lässt sich entnehmen, seit der letzten Kreisarztuntersuchung sei bezüglich Bewegungsamplitude aufgrund der Verletzung des N. axillaris eindeutig eine Verschlechterung eingetreten. Bezüglich Schmerzsyndrom sei nun durch die Gabe von Cannabis-Öl eine deutliche Besserung bewirkt worden. Die Versicherte gebe an, dass sie bei 3x täglicher Einnahme

von Cannabis-Öl deutlich weniger Novalgin benötige und dass Schmerzspitzen seltener geworden seien. Weiterhin besuche sie einmal in der Woche die Physiotherapie zur Behandlung der Myogelosen. Eine nächste Kontrolle bei Dr. med. G.____ sei im August geplant. An der Bewegungsamplitude der rechten Schulter habe sich in den letzten Wochen / Monaten nichts mehr verändert, so dass nun von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden könne, insbesondere sei aus orthopädischer Sicht keine Massnahme mehr geplant. Anfangs April 2018 sei im Rahmen der IV-Abklärung ein Gutachten im Spital K.____ veranlasst worden. Die Beurteilung der Zumutbarkeit und der Arbeitsfähigkeit könne auf dieses Gutachten gestützt werden. Der Versicherten wäre eine sehr leichte Arbeit halbtägig zuzumuten. Die ausgeführten Tätigkeiten müssten mit angelegtem rechten Arm auszuüben sein, weiterhin sei das Bewegen von Lasten mehr als 2 kg nicht möglich. Der Arbeitsplatz sollte angepasst höhenverstellbar sein ohne die Notwendigkeit den rechten Arm anheben zu müssen oder regelmässig zu gebrauchen.

4.18 In seinem Bericht vom 6. August 2018 (IV-Nr. 68, S. 2 ff.) führte Dr. med. G.____ aus, beim vorliegenden Schmerzproblem handle es sich sowohl um ein neuropathisches als auch um ein nozizeptives Schmerzproblem. Unter den neuropathischen Schmerzanteilen würden Schmerzen verstanden, welche von den durch die Operationen verletzten Nerven ausgingen. Hieraus ergäben sich oft sowohl Ruheschmerzen, aus der Ruhe spontan einschliessende Schmerzen als auch verstärkte Schmerzen bei Bewegung. Gleichzeitig aber habe die Patientin einen nozizeptiven Schmerzanteil. Nach den ausgedehnten Operationen habe die Patientin beiderlei Schmerzanteile, was wiederum die Therapie und Rehabilitation deutlich erschwere. Die für die verschiedenen Schmerzanteile zuständigen und häufig erfolgreichen Analgetika (Schmerzmittel) seien ausprobiert und von der Patientin nur in geringsten Dosierungen, wenn überhaupt, vertragen worden. Erfolgreicher sei die Betäubung der schmerzleitenden Nerven gewesen, welche der Patientin sowohl bei den diagnostischen Testblockaden (Betäubungen) als auch nach der Kälteverödung eine signifikante Schmerzreduktion, jedoch auch eine zusätzliche funktionelle Einschränkung gebracht hätten. Schmerz als Symptom sei bundesgerichtlich als ein überwindbares Arbeitshindernis definiert worden. Seither gälten Aussagen von Schmerzspezialisten diesbezüglich als nicht relevant. Wenn man die Patientin in der Sprechstunde beobachte und untersuche, so sei im entsprechenden Schultergelenk einerseits schmerzbedingt und andererseits auch lähmungsbedingt fast keine aktive Beweglichkeit mehr vorhanden. Die Patientin könne einzig im Ellbogen eine Flexion (Beugung) ausführen und ein bisschen den Arm nach aussen drehen. Was unter der angesprochenen "sehr leichten Arbeitsbelastung" in der realen Arbeitswelt gemeint sei, könne nicht genau definiert werden. Auf alle Fälle sei eine Hebelbelastung im rechten Armgebiet überhaupt nicht oder sicherlich nicht wiederholt während einem halben Tag möglich. Eine Arbeitsplatzgestaltung ohne den rechten Arm anheben oder regelmässig gebrauchen zu müssen, schein sinnvoll zu sein. Das Problem liege zusätzlich darin, dass man durch jegliche Körperbewegung die obere Extremität (Arm) mitbelaste und somit ebenfalls Schulterschmerzen verursache (neben den Dauerruheschmerzen). Die Arbeitsfähigkeit sei daher in ihrer angestammten Tätigkeit äusserst und in der jetzt definierten Belastung von ■ halbtags und sehr leichter Belastung" ganz unrealistisch. Es sei auch keine andere Tätigkeit ersichtlich, welche die Patientin sinnvollerweise als Arbeit durchführen könnte. Die Patientin selber sei ja schon in ihrer Haushaltstätigkeit massiv eingeschränkt und müsse die meisten Tätigkeiten ihren Familienmitgliedern delegieren. Die Einnahme von Cannabis-Öltropfen wirke gemäss Literatur, wenn überhaupt, nur sehr selten (wie bei der Beschwerdeführerin) auf

neuropathische Schmerzen. Auch eine gewisse muskelentspannende Wirkung sei möglich und man behandle somit auch die nozizeptivmuskulären Schmerzen teilweise. In dieser komplexen Schmerzsituation reduzierten die Cannabis-Öltropfen die Schmerzen vergleichsweise wenig, in Anbetracht der fehlenden Alternativen jedoch so weit, dass eine solche Therapie im Moment die einzige medikamentöse Option darstelle, um der Patientin wenigstens ein bisschen Erleichterung (in der NRS-Skala 1-2 Punkte) zu ermöglichen. Eine Verbesserung der Tätigkeit in ihrer angestammten Arbeit oder in einer Verweistätigkeit werde aber durch diese Cannabis-Öltropfen nicht möglich sein. Eine weitere Steigerung der Tropfen sei bisher nicht möglich gewesen wegen den Nebenwirkungen. Man müsse auch weiterführende Nebenwirkungen wie die Gewichtszunahme durch verändertes Essverhalten genau beobachten, um schlussendlich nicht das Gegenteil zu erreichen (Gewichtszunahme, Mehrbelastung des muskuloskelettalen Systems, Schmerzzunahme). Bisher habe die Patientin die Tropfen vorbildlich im Griff gehabt. Im linken Ellbogenbereich gebe es das Problem, dass es sich hier wahrscheinlich primär um einen nozizeptiven Schmerz handle, welcher jedoch nur ungenügend mittels Medikamenten der WHO-Stufe I behandelt werden könne (Diclofenac, Ibuprofen, Novalgin). Auf sämtliche weiteren Medikamente reagiere die Patientin sofort oder bei nur leichter Erhöhung der Dosis mit massiven Nebenwirkungen. Eine weitere Erhöhung verschiedener Opioiden z.B. sei wiederholt nicht möglich gewesen, obwohl sie spürbar von diesen Substanzen profitieren würde. Das Cannabis-Öl sei nun zur Behandlung der nozizeptiven Schmerzen per se nicht geeignet, könne aber gewisse muskuläre Verspannungen leicht reduzieren. Wie genau die Patientin diese Situation allenfalls physikalisch verbessern könnte, wäre allenfalls eine Fragestellung an einen physikalischen Mediziner und Spezialisten für Rehabilitation. Auch eine fachärztliche Beurteilung durch einen Ellbogenorthopäden wäre sicherlich hilfreich. Bevor dies nicht stattfindet, könne bezüglich alternativen Möglichkeiten und somit auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit nicht viel ausgesagt werden.

4.19 Dem Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 22. Oktober 2018 (IV-Nr. 71, S. 6 ff.) lässt sich entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin ein Diabetes mellitus 2 diagnostiziert worden sei.

4.20 RAD-Ärztin Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom

E. 8

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

8.2 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 Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innert 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

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Lazar

E. 9

September 2016 (IV-Nr. 34.12, S. 3 ff.) lässt sich entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin eine Schädigung des N. axillaris eingetreten sei. In der klinischen Untersuchung zeige sich eine leichte bis mässige Atrophie im Bereich des M. deltoideus rechts, keine sonstigen umschriebenen Atrophien. Schulterchiefstand rechts, Einzelkraftprüfungen im Bereich des rechten Armes schmerzbedingt nur eingeschränkt verwertbar. Soweit untersuchbar Parese der Schulterabduktion, -adduktion, ante- und retroversion. Der Arm könne aktiv nur wenige Grad vom Oberkörper abduziert werden. Es gebe eine diffuse Hypästhesie und Hypalgesie des gesamten rechten Armes ohne Dermatome- oder Nervenbezug. Im Bericht an die Unfallversicherung Suva vom 17. Mai 2017 (IV-Nr. 38, S. 9 f.) hält Dr. med. I. ___ fest, seit der letzten Konsultation vom September 2016 habe sich bezüglich der Kraft und auch der Sensibilität des rechten Armes keine Besserung eingestellt. Nach wie vor sei die Beschwerdeführerin unfähig, den Arm zu abduzieren und auch die Feinmotorik der rechten Hand sei gestört. Auch die Sensibilität im Bereich des rechten Oberarmes habe sich nicht verbessert. Klinisch-neurologisch finde sich im Wesentlichen eine unveränderte Situation mit nach wie vor bestehender Abduktionsschwäche des rechten Armes. Aus den Ausführungen von Dr. med. I. ___ erhellt somit, dass sich die Funktionalität des rechten Armes seit September 2016 im Verlauf nicht verbessert hat. Es wird zwar im Bericht vom 17. Mai 2017 beschrieben, dass keine akuten Denervationszeichen mehr vorzufinden seien, sondern nur noch chronisch-neurogene Veränderungen, der Vorzustand vor der Kryotherapie daher wieder erreicht sein dürfte und bezüglich Axillarisneuropathie rechts mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Endzustand eingetreten sei. Die funktionelle Einschränkung ist aber seit September 2016 unverändert geblieben. In Berücksichtigung der vorgehenden Ausführungen resultiert somit ab September 2016 sowohl – bei entsprechender Ausgestaltung – in der angestammten Tätigkeit als auch in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. 5.4 An diesem Resultat vermag auch die von Dr. med. G. ___ in seinem Bericht vom 6. August 2018 (IV-Nr. 68, S. 2 ff.) geäusserte Ansicht nichts zu ändern, wonach die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit äusserst und in einer angepassten Tätigkeit ganz unrealistisch sei. Denn der behandelnde Arzt hält selber zutreffend fest, er könne die Arbeitsfähigkeit ohne versicherungsmedizinische Ausbildung nur begrenzt beurteilen (vgl. auch IV-Nr. 71, S. 4). Er selber stelle in aller Regel keine Arbeitsfähigkeitszeugnisse aus, wenn die Schmerzen länger als sechs Wochen andauerten, sondern überlasse die Beurteilung dieser eher juristischen als medizinischen Fragestellung

dem dafür speziell ausgebildeten Arbeits- oder Versicherungsmediziner. Wie bereits unter vorstehender E. II. 3.5 dargelegt, bilden Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäußerten abweichenden Meinungen festhalten, nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis). Die Einschätzungen der D.____-Gutachter werden von Dr. med. G.____ nicht in Frage gestellt. Des Weiteren nennt der behandelnde Arzt in seinem Bericht vom 6. August 2018 keine neuen Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Dr. med. G.____ befasst sich in seinem Bericht vielmehr mit der Einordnung der Schmerzproblematik, was aber keinen Anlass zu ergänzenden Abklärungen gibt, da die Schmerzproblematik für die Feststellung des Arbeitsfähigkeitsprofils berücksichtigt worden ist (vgl. insbesondere IV-Nr. 51.4, S. 15). Auch die im Bericht vom 6. August 2018 erwähnte Einnahme von Cannabis-Öltropfen gibt keinen Anlass zu ergänzenden Abklärungen, da diese gemäss Dr. med. G.____ keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben. Vielmehr wirken sich die Tropfen positiv auf die Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin aus, können diese gemäss dem behandelnden Arzt doch gewisse muskuläre Verspannungen leicht reduzieren. 5.5 5.5.1 Des Weiteren macht die Beschwerdeführerin geltend, das bidisziplinäre D.____-Gutachten sei widersprüchlich, unvollständig und deshalb nicht schlüssig. So werde weder festgestellt, dass die Schmerzen neuropathischer Natur seien, noch werde der Einfluss der Schmerzproblematik der rechten Schulter auf die Arbeitsfähigkeit einlässlich diskutiert, sondern die stipulierte Arbeitsfähigkeit lediglich behauptet (vgl. Urkunde Nr. 5 der Beschwerdeführerin). Es ist nicht erkennbar, welchen Zweck eine spezifische Einordnung der Schmerzproblematik für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sollte, zumal im neurologischen Teilgutachten schlüssig dargelegt wurde, dass es neurologischerseits keine über die orthopädische Beurteilung hinausgehenden additiven Einschränkungen gebe (IV-Nr. 51.3, S. 10) und die Schmerzproblematik in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden ist (IV-Nr. 51.4, S. 15). Ausserdem fanden sowohl die Einschränkungen der rechten Schulter sowie die hieraus resultierende Überlastungsproblematik entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin Eingang in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. So führte der orthopädische Gutachter an, die funktionellen Auswirkungen beschränkten sich auf die obere Extremität, womit er offensichtlich nicht nur die rechte Schulter gemeint hat, sondern auch der linke Arm: Durch die bestehende rechtsseitige Schulterproblematik mit belastungsabhängiger Schmerzausbreitung sei die Belastbarkeit des rechten Armes deutlich reduziert. Am stärksten sei die Schulterabduktion beeinträchtigt, welche nahezu aufgehoben sei. Hieraus resultierend seien nur Tätigkeit mit angelegtem Arm möglich. Auf der linken Seite seien neben einem Extensionsdefizit im Ellenbogengelenk sensible Defizite im Ulnarisversorgungsgebiet zu erheben, welche überwiegend wahrscheinlich Folge der Ellenbogenverletzung seien. Funktionelle Einschränkungen stellten sich aktuell nicht dar, wengleich durch eine Überlastung der linken Seite intermittierende Schmerzen, wie sie von der Explorandin angegeben worden seien, natürlich möglich seien. Deshalb seien auch für den linken Arm armbelastende Tätigkeiten als ungünstig anzusehen, da in diesem Fall mit einer Exazerbation der Schmerzen gerechnet werden müsse (IV-Nr. 51.4, S. 14). Zudem ist ein Widerspruch in den gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeiten, wie es die

Beschwerdeführerin ohne nähere Begründung behauptet, nicht erkennbar. 5.5.2 Die Beschwerdeführerin lässt weiter vorbringen, ihr Gesundheitszustand habe sich infolge Überbelastung noch vor Verfügungserlass verschlechtert. Zum Nachweis reicht sie im Beschwerdeverfahren einen Bericht von Dr. med. L. ___ vom 1. November 2020 (Urkunde Nr. 8 der Beschwerdeführerin) ein. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin hält darin fest, er sehe einzig die Schmerzen im Bereich der linken oberen Extremität als die Arbeitsfähigkeit neu beeinflussende Krankheit, was aber – wie oben dargelegt – in der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits berücksichtigt worden ist. Der im Bericht aufgeführten Diagnoseliste lässt sich eine bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht entnehmen. Auch in den übrigen Akten gibt es keine Hinweise dafür. Es ist zu erwähnen, dass r echtsprechungsgemäss der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung – vorliegend 29. Mai resp. 16. Juni 2020 – in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2; 105 V 161 f. E. 2d) bildet. Deshalb ist der von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichte Arztbericht vom 1. November 2020 ohnehin nicht mehr zu berücksichtigen, da aus diesem keine relevante, bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung bestehende, gesundheitliche Verschlechterung hervorgeht. Eine solche, allenfalls später eingetretene Verschlechterung könnte allenfalls im Rahmen einer Neuanmeldung relevant sein. 5.5.3 Weiter behauptet die Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, bei den behandelnden Ärzten einen Arztbericht einzuholen, um eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen (A.S. 10). Dies trifft indes nicht zu. So hat die Beschwerdegegnerin beim Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. L. ___, am 22. Oktober 2018 einen Arztbericht eingeholt (IV-Nr. 71). Dieser berichtet jedoch von keiner versicherungsmedizinisch relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach dem Begutachtungszeitpunkt, womit die Argumentation der Beschwerdeführerin fehlschlägt. 5.6 Zusammenfassend ist bei der Beschwerdeführerin somit von einer seit September 2016 bestehenden, durchgehenden Arbeitsfähigkeit von 50 % sowohl (bei geeigneter Ausgestaltung) in der angestammten Tätigkeit als auch in einer den Leiden angepassten Tätigkeit auszugehen. 6. Es ist auf den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin (A.S. 3 f.) einzugehen. 6.1 Das Valideneinkommen von CHF 76'050.00 bis 31. Dezember 2016 und CHF 79'300.00 ab 1. Januar 2017 stützt sich auf die Angaben der Arbeitgeberin (vgl. IV-Nr. 9 und Protokolleintrag vom 18. Januar 2019) und lässt sich nicht beanstanden. Wenn man stattdessen auf den Betrag von CHF 77'350.00 (13 x CHF 5'950.00) abstellen wollte, der sich für das Jahr 2016 aus den Angaben der Arbeitgeberin gegenüber der Suva (IV-Nr. 29.2, S. 22) ergibt, würde dies am Ergebnis nichts ändern. 6.2 6.2.1 Da die Beschwerdeführerin bislang keine Tätigkeit in dem ihr zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Invalideneinkommens zu Recht auf einen Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abgestellt. Die Beschwerdeführerin hat eine Berufslehre im Verkauf absolviert und sich danach im kaufmännischen Bereich weitergebildet. In der Folge hat sie Weiterbildungen als Berufsbildnerin KV absolviert (vgl. IV-Nr. 32, S. 1). Ab 1. Januar 2008 arbeitete sie bei der letzten Arbeitgeberin als kaufmännische Angestellte und als stellvertretende Abteilungsleiterin (vgl. IV-Nr. 14, S. 1). Vor diesem Hintergrund ist entgegen den angefochtenen Entscheiden – wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Duplik vom 27. November 2020 (A.S. 30 f.) zutreffend festhält – aufgrund der erwerblichen

Voraussetzungen der Beschwerdeführerin als kaufmännische Angestellte nicht auf den Totalwert der Tabelle T17 abzustellen, sondern auf den Wert der Tabelle T17 im Bereich «Bürokräfte und verwandte Berufe» (LSE 2016, T17, Ziffer 4 («Bürokräfte und verwandte Berufe»), Total, Frauen). Wie aus dem D. ___-Gutachten erhellt, ist es der Beschwerdeführerin grundsätzlich zumutbar, ihren erlernten Beruf als kaufmännische Fachangestellte weiterhin auszuüben. Voraussetzung ist allerdings, dass die Tätigkeit an einem angepassten, höhenverstellbaren Arbeitsplatz ohne die Notwendigkeit, den rechten Arm anzuheben und regelmässig zu gebrauchen, ausgeübt wird. Die Möglichkeit zu selbstbestimmten Pausen muss ebenfalls gegeben sein und die Anforderungen sind nur unter Anwendung einer Spracherkennungssoftware einzuhalten (IV-Nr. 51.4, S. 15). Diese Anforderungen sind nicht derart einschneidend und ungewöhnlich, dass davon auszugehen wäre, die Beschwerdeführerin könne die mit der absolvierten Berufsausbildung und den anschliessenden Weiterbildungen erlangten beruflichen Kenntnisse auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwerten. In einem modernen Betrieb bilden weder ein höhenverstellbarer Arbeitsplatz noch der Einsatz einer Spracherkennungssoftware eine seltene Besonderheit. Auch eine selbstbestimmte Pausenregelung ist bei geeigneter Tätigkeit durchaus verbreitet. Es rechtfertigt sich daher, vom genannten Tabellenlohn auszugehen. Nach Aufrechnung der Wochenstunden (:40 x 41.3) sowie Anpassung an die Lohnentwicklung von 2016 (Indexwert 105,0) auf 2017 (Indexwert 105,4; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011 - 2018, Total) und vorbehaltlich eines allfällig vorzunehmenden Abzugs vom Tabellenlohn ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 36'652.45 (12 x CHF 5'894.00 : 40 x 41.3, 105.0 x 105.4; davon 50 %).

6.2.2 Nach der Rechtsprechung ist von den Tabellenlöhnen der LSE gegebenenfalls ein Abzug vorzunehmen, wenn die versicherte Person ihre gesundheitsbedingt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mutmasslich nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität / Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.3 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 und 126 V 75 E. 5b/bb S. 80). Mit Bezug auf den behinderungs- bzw. leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind. Dementsprechend kann nach der Gerichtspraxis in der Regel eine psychisch bedingte verstärkte

Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt werden (vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts 8C_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.5 mit Hinweisen), ebenso wenig etwa das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen, ein grösserer Betreuungsaufwand oder weniger Flexibilität, was das Leisten von Überstunden etwa bei Verhinderung eines Mitarbeiters anbetrifft (Urteile 9C_437/2015 vom 30. November 2015 E. 2.4, 8C_712/2012 vom 30. November 2012 E. 4.2.1 und 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.3.2, in: SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87). Ob ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist, ist eine frei überprüfbare Rechtsfrage, wobei die Bestimmung der Höhe einer solchen Reduktion vom kantonalen Gericht überprüft werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.4 und vom 8C_68/2016 vom 3. März 2016 E. 4.3, je mit Hinweisen). Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken, besteht kein Raum, was von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht wird. Sodann fällt das Kriterium des reduzierten Beschäftigungsgrades bei teilzeitlich angestellten Frauen von vornherein kaum ins Gewicht, verdienen diese laut Statistik doch oftmals gar nicht weniger als Vollzeitbeschäftigte. Eine bloss teilzeitlich ausgeübte Beschäftigung kann sich im Vergleich zu einer Vollzeitbeschäftigung bei Frauen sogar proportional lohnerhöhend auswirken, womit die Rechtfertigung für einen Tabellenabzug entfällt. Es gilt jedoch zu beachten, dass wegen der körperlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin, welche leicht belastende Wechseltätigkeiten mit angepasstem Arbeitsplatz ohne dauerhaften Gebrauch des rechten Armes erlauben, das Spektrum an möglichen Arbeitsstellen reduziert wird und sie verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen auf eine Anstellung hat. Einschränkend kommt hinzu, dass die Ausübung der angestammten Tätigkeit gemäss orthopädischem Teilgutachten nur unter Anwendung einer Spracherkennungssoftware möglich ist, da Schreibearbeiten am PC überwiegend wahrscheinlich zu einer Schmerzexazerbation führen würden (vgl. IV-Nr. 51.4, S. 15). Diese Umstände rechtfertigen einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn. Nach dem Gesagten erscheint aufgrund der gegebenen Umstände ein leidensbedingter Abzug von 10 % als angemessen. Der Beurteilung der Suva, welche den Maximalabzug von 25 % berücksichtigt, kann nicht gefolgt werden. 6.2.3 Damit beträgt das Invalideneinkommen im Zeitpunkt der Rentenabstufung per 1. Januar 2017 CHF 32'987.00. 6.3 Aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (CHF 79'300.00 ab 1. Januar 2017) und Invalideneinkommen (CHF 32'987.00) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 58 %. Somit besteht noch ein Anspruch auf eine halbe Rente ab 1. Januar 2017. 7. Nach dem Gesagten sind die vorliegend angefochtenen Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 29. Mai resp. 16. Juni 2020, worin der Beschwerdeführerin eine halbe Invalidenrente ab 1. Januar 2017 zugesprochen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen. Im Übrigen ist betreffend weiteren Beweismassnahmen auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 162 E. 1d; 104 V 211 E. a; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Oktober 2011, 8C_364/2011, E. 3.1). Damit ist der Antrag der Beschwerdeführerin auf Einholung eines orthopädischen Gutachtens (vgl. A.S. 11) abzuweisen. 8. 8.1 Bei diesem

Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 8.2 Aufgrund von 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 CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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