

BL_GERICHTE 720 11 236 vom 5. September 2007

BL Gerichte, 2007-09-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720 11 236](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_11_236)

FR: BL_GERICHTE 720 11 236 du 5 septembre 2007

IT: BL_GERICHTE 720 11 236 del 5 settembre 2007

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Vorliegend ist unbestritten, dass die Versicherte aufgrund ihres psychischen Gesundheitszustandes vom 1. Juli 2002 bis 30. September 2002 Anspruch auf eine Viertelsrente, vom 1. Januar 2003 bis 31. Mai 2003 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente, vom 1. Januar 2004 bis 31. Mai 2004 auf eine ganze Invalidenrente und vom 1. Juni 2004 bis 31. Mai 2006 auf eine halbe Invalidenrente hat. Dagegen ist streitig, ob ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente ab 1. Juni 2006 besteht.

E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 1. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

E. 1.2

Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelbenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8

ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder - als alternative Voraussetzung - sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

E. 1.3

In diesem Zusammenhang gilt es festzuhalten, dass eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität begründet. Vielmehr besteht nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine Vermutung, dass die genannten Leiden oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wieder-einstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Ulrich Meyer - Blaser , Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77; BGE 131 V 50 f.).

E. 1.4

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

E. 2

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet..

E. 2.1

Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

E. 2.2

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer - Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

E. 2.3

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Bei der Beurteilung der Frage, ob und allenfalls in welchem Umfang bei einer versicherten Person eine Arbeitsunfähigkeit besteht beziehungsweise wie die verbleibende Arbeitsfähigkeit verwertet werden kann, sind die Gerichte regelmässig auf entsprechende fachärztliche Einschätzungen und Stellungnahmen angewiesen. Widersprechen sich medizinische Berichte, darf das Gericht den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

E. 2.4

Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So führte das Bundesgericht zu den Gerichtsgutachten aus, dass das Gericht "nicht ohne zwingende

Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten abweicht, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Ober-gutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 118 V 290 E. 1b, 112 V 32 f. mit Hinweisen).

3.1. Das Kantonsgericht stellte in seinem Urteil vom 21. Mai 2008 fest, dass hinsichtlich der körperlichen Einschränkungen die orthopädische Beurteilung von Dr. med. G., FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, H., vom 23. März 2006 massgebend sei. Danach bestehe sowohl für die angestammte Tätigkeit der Versicherten als auch für sämtliche anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten in wechseln-der Position eine volle Arbeitsfähigkeit. Diese Zumutbarkeitsbeurteilung wird von den Parteien im vorliegenden Verfahren nicht bestritten, weshalb in somatischer Hinsicht auf die Beurteilung von Dr. G. abgestellt wird. Uneinigkeit besteht dagegen nach wie vor bezüglich der Auswirkungen der psychischen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten.

3.2 In Bezug auf die ärztlichen Beurteilungen in psychischer Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass das Kantonsgericht in seinem Urteil vom 21. Mai 2008 den medizinischen Sachverhalt bis zum Zeitpunkt der richterlichen Überprüfungsbefugnis (Verfügungserlass: 5. November 2007) ausführlich zusammenfasste. Es wird darauf verwiesen.

3.3.1. Nachdem das Kantonsgericht die Angelegenheit mit Urteil vom 21. Mai 2008 zur erneuten Abklärung an die IV-Stelle zurückgewiesen hatte, wollte die IV-Stelle zuerst einen Bericht der behandelnden Psychologin der I. einholen. Die zuständigen Ärzte der I. teilten am 27. Oktober 2008 mit, dass die Versicherte seit dem 18. März 2008 dort nicht mehr in Behandlung sei. Gleichzeitig legten sie den Therapieverlaufs- und Abschlussbericht vom 18. März 2008 bei. In diesem sind als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufgeführt. Die Versicherte reagiere auf Kränkungen und unerwünschte Entwicklungen mit Rückzug anstelle einer angemessenen Vertretung ihrer Bedürfnisse. Die Kürzung der IV-Leistungen habe zu einer Intensivierung der Kränkungsgefühle geführt, welche sie auf die behandelnde Psychologin übertragen habe. In diesem Konflikt habe sie ihre Enttäuschungs- und Wutgefühle direkt äussern und sich aktiv für ihre Wünsche nach Unterstützung einsetzen können. Die Versicherte leide an einer somatoformen Schmerzstörung, deren erfolgreiche Bewältigung durch ihre belastende gegenwärtige soziokulturelle, finanzielle und familiäre Situation, die ungünstigen Beziehungserfahrungen in Kindheit und Jugend sowie ihre starke Betroffenheit und ihren Schuldgefühlen wegen des Leidens, dass ihre Eltern durch Krankheit und Krieg erfahren hätten, behindert würde. Ihre Ressourcen würden in einem guten Zugang auf der Körperebene und ihrer positiven Arbeitseinstellung liegen.

3.3.2. In der Folge beauftragte die IV-Stelle Dr. D. mit der Begutachtung der Versicherten. Dieser hielt in seinem Gutachten vom 12. April 2009 als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung fest. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung beeinflusse dagegen die Arbeitsfähigkeit nicht. Im Rahmen der Untersuchung seien keine

Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und -helligkeit feststellbar gewesen. Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit und Langzeitgedächtnis seien ungestört. Hinweise auf Sinnestäuschungen, inhaltliche Denkstörungen, Wahnwahrnehmungen oder Ich-Störungen beständen keine. Die Versicherte habe dagegen auf der Verhaltensebene ein ausgeprägtes verbales und nonverbales Schmerzgebaren gezeigt. Der formale Gedankengang sei geordnet, aber deutlich eingengt und kreisend um die körperlichen Beschwerden. Es sei auch eine ausgeprägte Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung zu beobachten gewesen. Die Grundstimmung sei gedrückt depressiv, labil und weinerlich klagsam. Die affektive Modulationsfähigkeit sei deutlich vermindert. Anzeichen für eine akute oder latente Suizidalität oder eines Gefühls von Lebensüberdruß hätten sich nicht gezeigt. Der Antrieb sei unvermindert gewesen. Die psychometrischen Untersuchungen ergäben nach der Hamilton Depressionsskala ein leichtgradig depressives Syndrom und nach der Montgomery Asberg Depression Rating Scale ein mittelgradig depressives Syndrom. Diagnostisch beständen nach ICD-10 eine mittelgradig depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.11) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), wobei letztere Diagnose keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Schmerzstörung und die Depression ständen in ungünstiger Wechselwirkung. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug sei bei Teilzeitarbeit und Aussenkontakten in der Freizeit nicht gegeben. Die zum Untersuchungszeitpunkt ausgeprägt leicht- bis mittelgradige depressive Symptomatik sei im Rahmen einer prolongiertdepressiven Entwicklung als eine relevante mitwirkende psychisch ausgewiesene Komorbidität zu beurteilen. Dagegen liege kein verfestigter therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktsbewältigung vor. Die Behandlungsoptionen seien noch nicht ausgeschöpft. Die psychische Komorbidität führe bei der Versicherten zu einer 30%igen Einschränkung der zumutbaren Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung bzw. zu einer entsprechenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit. Zur Prognose führte Dr. D. aus, dass eine Psychotherapie sinnvoll sei, wobei das Erlernen von Strategien der Schmerzbewältigung eine wichtige Rolle spiele. Das rigide körperbezogene Krankheitskonzept der Versicherten und die ungünstigen psychosozialen Faktoren (geringe kulturelle Integration, sekundärer Krankheitsgewinn [Unterstützung durch Familie, Entlastung], Dekonditionierung, laufendes versicherungsrechtliches Verfahren) würden die Erfolgchancen einer solchen Therapie einschränken. Die Prognose sei deshalb als ungünstig zu beurteilen. 3.3.3 Am 8. Februar 2010 nahm Dr. D. Stellung zu den Einwänden der Versicherten vom 11. Dezember 2009. Die behandelnden Ärzte der I. hätten eine höhere Arbeitsunfähigkeit angenommen, weil sie invaliditätsfremde Faktoren berücksichtigt hätten. Dass die Versicherte ihre Restarbeitsfähigkeit nicht optimal ausschöpfe, sei im Wesentlichen auf IVfremde Faktoren zurückzuführen. Seine Ausführungen zur Prognose seien entgegen der Ansicht der Versicherten nicht widersprüchlich. Beim vorliegenden Krankheitsbild bestehe oft eine deutliche Diskrepanz zwischen dem medizinisch-theoretisch zu erwartenden Erfolg einer zumutbaren Behandlung und dem tatsächlichen Therapieverlauf. Dass die Versicherte von den Therapien zur Schmerzbewältigung nicht hinreichend profitiere, sei vor allem auf die ungünstigen psychosozialen Kontextfaktoren zurückzuführen. Die Prüfung nach den Foerster-Kriterien habe gezeigt, dass die Schmerzüberwindung zwar erschwert, aber nicht verunmöglicht sei. Der Tagesablauf zeige, dass die Versicherte in der Lage sei, ein höheres

Arbeitspensum zu leisten, wenn es die Umstände (z.B. Personalknappheit) erforderten bzw. eine entsprechende Motivationslage bestehe. 3.4.1. Der behandelnde Arzt Dr. C. hatte am 24. August 2010 Gelegenheit, sich zur medizinischen Aktenlage zu äussern. Die Versicherte habe in ihrer Kindheit ein überangepasstes und unterwürfiges Verhalten vor allem dem autoritären Vater gegenüber entwickelt. Als die Versicherte in die Schweiz gekommen sei, habe sie Arbeiten übernommen, welche nicht ihren Qualifikationen entsprochen hätten. Die Versicherte sei mit einer vermehrten Anpassungsleistung und Kränkbarkeit belastet. Ihr Verhalten sei persönlichkeitsbedingt und somit nicht vorwiegend abhängig von äusseren Bedingungen. Er könne Dr. D. nicht zustimmen, dass die Versicherte zu mehr Arbeitsleistung fähig sei als im jetzigen ausgeübten Umfang. Sie brauche nach mehr als 4 Stunden Arbeit eine lange Erholungszeit. Die bisher erreichte Stabilität im Umgang mit ihren Schmerzen sei Folge eines ständigen Übens. 3.4.2. Zum Bericht von Dr. C. vom 24. August 2010 nahm Dr. D. am 14. Januar 2011 Stellung. Einer akzentuierten Persönlichkeitsstörung komme per se kein Krankheitswert zu. Da die Persönlichkeitsmerkmale sich schon früh manifestiert hätten und die Versicherte dabei voll leistungsfähig gewesen sei, könnten diese Persönlichkeitszüge auch im weiteren Verlauf keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Dr. C. weise darauf hin, dass der Arbeitsplatz für die Versicherte positive Auswirkungen auf ihr Selbstwertgefühl habe. Damit zeige sich, dass die Versicherte in der Lage sei, ihre vorhandenen Ressourcen im Rahmen der notwendigen Willensanstrengung zu mobilisieren. 3.4.3 Schliesslich äusserte sich Dr. F. am 18. Februar 2011 zu den Einschätzungen von Dr. D. und Dr. C. . Er kam zum Schluss, dass die akzentuierten Persönlichkeitszüge der Versicherten nicht einer psychiatrischen Störung, einer Erkrankung oder einem schweren Gesundheitsschaden entsprechen würden. Die Tatsache, dass die Versicherte nach der Migration weniger anspruchsvolle Tätigkeiten ausgeübt habe, sei invaliditätsfremd. Die Einschätzung von Dr. D. über den Schweregrad der depressiven Störung beruhe auf einer psychopathologischen Befunderhebung und einer umfassenden psychometrischen Testung. Das Ausmass der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe Dr. D. - im Gegensatz zu Dr. C. - nach den Foerster-Kriterien vorgenommen, weshalb darauf abzustellen sei. 3.5.1. Mit Schreiben vom 5. Januar 2012 beantwortete Dr. C. die Fragen des Kantonsgerichts. Danach behandle er die Versicherte seit 24. Juni 2008 alle 2 Wochen in einer einstündigen Sitzung. Er kritisierte das Gutachten von Dr. D. dahingehend, dass dieser lediglich die äussere Lebensgeschichte der Versicherten aufgreife und zur Beurteilung der emotionalen Entwicklung nach Schlüsselsymptomen suche. Auf die innere psychische Entwicklung gehe er aber nicht ein, welche jedoch zur Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur und der damit verbundenen Ressourcen äusserst wichtig sei. Dr. D. "erledige" die Persönlichkeitsstruktur der Versicherten mit der Feststellung, dass die Diagnose "akzentuierte Persönlichkeitszüge" keinen Krankheitswert besitze. Weitere Ausführungen dazu fehlten. Weiter begründe er die nicht ausgeschöpften Ressourcen damit, dass die Versicherte bisher voll leistungsfähig gewesen sei, ohne dies näher darzulegen. Zudem habe Dr. D. im Rahmen der Foerster-Kriterien das Kriterium der unbefriedigenden Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und stationärer Massnahmen nicht erwähnt. Dieses Kriterium erhöhte die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und gebe dazu Hinweise auf die ausgeschöpften Ressourcen. Zur Persönlichkeitsentwicklung sei präzisierend anzuführen, dass die Versicherte als die ältere und sensiblere von zwei Töchtern ein stilles und eher ängstliches Kind gewesen sei, welches früh Verantwortung übernommen und sich den autoritären und strengen Anweisungen des Vaters gefügt habe.

Damit habe sie einiges an Leistungsfähigkeit und Durchhaltevermögen erreicht, jedoch mit dem Preis einer grossen Anstrengung und unter Zurücknahme von Selbstbehauptung. Mit der Emigration in die Schweiz sei die Versicherte herausgefordert gewesen, sich an eine neue und ungewohnte Situation anzupassen. Nach ihrer Heirat habe ihr Ehemann bestimmt, dass ihr neugeborener Sohn zu den Eltern nach Bosnien komme, damit sie weiterhin zu 100 % arbeiten könne. Die Versicherte habe ihren Wunsch, ihren Sohn selber betreuen zu dürfen, nicht durchsetzen können. Erst als ihr Sohn 4 Jahre alt gewesen sei, habe sie es aufgrund des Angebots der Spitalkinderkrippe geschafft, ihren Sohn in die Schweiz zu holen. Sie habe sich aber verpflichtet gefühlt, ihr 100%-Arbeitspensum aufrecht zu erhalten. Nach der Verletzung ihrer rechten Hand 2001 als Folge eines Arbeitsunfalls mit schwierigem Heilungsverlauf hätten sich deutliche Zeichen einer psychischen Dekompensation gezeigt. Das Ausmass dieser Verletzung stehe in keinem Verhältnis zur emotionalen Reaktion und mache deutlich, dass ihre Fähigkeit zu einer aktiven psychischen Verarbeitung des Unfalls an ihre Grenze gekommen sei. Die intensive therapeutische Unterstützung auf der somatischen und psychischen Ebene zeige keine wesentliche Verbesserung der Beeinträchtigung, obwohl die Versicherte die entsprechenden Übungen bis heute diszipliniert weiterführe. Diese Eigenaktivität trage dazu bei, dass sie den aktuellen Stand ihrer Belastungsfähigkeit aufrecht erhalten könne. Seines Erachtens sei die Persönlichkeitsentwicklung ein dynamischer Prozess, der sich als Wechselspiel zwischen Umwelt und vorhandenen Wesensmerkmalen vor allem in der Kindheit geformt habe und im Erwachsenenalter weiterlaufe. Er wies darauf hin, dass er grundsätzlich die gleichen Befunde erhebe wie Dr. D. . Er setze jedoch einige Akzente anders. Die Grundstimmung sei meist bedrücktklagend. In Mimik und Gestik habe er noch nie Ausdruck von Freude erleben können. Bei Konfrontation könne sie Auflehnung oder Empörung ausdrücken. Es gelinge ihr aber kaum, in der konkreten Situation entsprechend zu handeln; die Reaktion erfolge vielmehr über verstärkte somatische Beschwerden. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine mittelgradig depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und akzentuierte Persönlichkeitszüge in Richtung abhängige Persönlichkeitsstörung fest. Die Versicherte könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit zu 50 % mit seiner Unterstützung und der begleitenden somatischen Behandlung einigermaßen aufrecht erhalten. 3.5.2. Dr. F. stellte am 17. Januar 2012 Stellung fest, dass sich Dr. D. im Gegensatz zu Dr. C. auf Fremdbeurteilungsskalen abstelle, welche ein leicht- bis mittelgradig depressives Syndrom ergeben würden. Im Einklang mit diesem Schweregrad stehe die allgemeine Lebens- und Alltagsbewältigung der Versicherten (Morgenrituale, Ausführen von Übungen, Kräuterbäder, Physiotherapie, tägliches Arbeiten, Nordic Walking, Kochen nach der Arbeit, Erledigung des Haushalts in sehr reduziertem Zustand). Bei einer vorherrschend mittelgradigen Depression müsste der psychomotorische Antrieb oder die Konzentrationsfähigkeit reduziert sein, was Dr. C. aber nicht beschreibe. Eine mittelgradige depressive Störung könne deshalb nicht bestätigt werden. 3.6 Im vom Gericht angeordneten Gutachten vom 7. März 2012 diagnostizierte Dr. E. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom und akzentuierte Persönlichkeitszüge. Die Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung, der chronische Partnerschaftskonflikt und die Krankheit des Ehepartners beeinflussten die Arbeitsfähigkeit dagegen nicht. In der diagnostischen Begründung führte sie aus, dass es Ende der 90er-Jahre zu einer Entwicklung der diffusen Schmerzsymptomatik und anderen funktionellen Beschwerden gekommen sei. Im Mai 2001 habe die Versicherte einen

Arbeitsunfall erlitten, bei welchem sie sich die rechte Hand verletzt habe. Trotz folgenloser Abheilung persistierten die Schmerzen, welche sich im Verlauf der Zeit auf den gesamten Körper ausgedehnt hätten. Mit dem Unfall vom Mai 2001 sei es zur psychischen Dekompensation und anhaltender Teilarbeitsunfähigkeit gekommen. Die Manifestation der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei in den Zeitraum der Rückenoperationen des Ehemannes und dem Lehrabbruch ihres Sohnes gefallen. Die Versicherte habe sich als alleinige Ernährerin ihrer Familie gesehen, deren Ziel (Hausbau in Bosnien und Rückkehr in die Heimat) nicht das ihre sei. Mit der Einnahme der Krankenrolle habe sie teilweise eine Entlastung von dieser Verpflichtung erfahren. Sie nehme diese Rolle nicht voll bewusst aber bewusstseinsnah ein, was sich aus ihren Formulierungen "Ich habe jahrelang in der Schweiz gearbeitet und mein Mann hat in seiner Heimat das Geld in sein Haus investiert. Jetzt bin ich selbst krank." und ihrer Präsentation als hilflose, weinerliche und klagende Person ergeben würde. Während der Untersuchung sei die Versicherte immer wieder auf die beiden Schlüsselthemen der Weggabe ihres Sohnes wenige Wochen nach der Geburt zu ihren Eltern und des 100%igen Arbeitspensums zwecks Finanzierung des Hausbaus in der Heimat zurückgekommen. Die geschilderten Schmerzen spielten im Vergleich dazu eine untergeordnete Rolle. Die Versicherte ziehe eine äusserst negative Lebensbilanz. Sie habe nur gekämpft und gearbeitet, anderen geholfen und ihren kranken Ehemann jahrelang unterstützt. Gelohnt habe sich dies jedoch nicht. Ihr Sohn habe seine Möglichkeiten nicht genutzt und sie sei enttäuscht. Niemand sei ihr dankbar oder unterstütze sie bei ihrer Krankheit. Die wichtige Bedeutung der psychosozialen Belastungsfaktoren ziehe sich durch sämtliche Unterlagen (z.B. Belastung durch den Krieg in der Heimat, Erkrankung des Ehemannes, Abbruch der Lehre des Sohnes, finanzielle Unterstützung der Eltern, finanzielle Schwierigkeiten durch den Hausbau in der Heimat, Berufstätigkeit, Aufgaben als Hausfrau und Mutter, Migration in die Schweiz etc.). Dr. E. kam zum Schluss, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Störungen überwiegend durch die psychosozialen, soziokulturellen Belastungsfaktoren bedingt sei. In Bezug auf die Foerster-Kriterien führte sie aus, dass aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung eine psychiatrisch relevante Komorbidität jedoch keine chronische körperliche Begleiterkrankung vorliegen würde. Ein Verlust der sozialen Integration sei nicht gegeben. Die Versicherte gehe einer 50%igen Berufstätigkeit nach, sei weiterhin verheiratet, pflege regelmässige Kontakte zu Angehörigen und Nachbarn und nehme an einer Laufgruppe teil. Sie nähe, lese und verbringe ihre Ferien regelmässig in ihrer Heimat. Es liege deshalb kein verfestigter Krankheitsverlauf oder eine verselbstständigte psychische Störung mit Auswirkung auf sämtliche Lebensbereiche vor. Der Krankheitsgewinn sei überwiegend als sekundär zu bezeichnen mit resultierender Entlastung der Versicherten. Während des Krankheitsverlaufes sei es zu keiner signifikanten Besserung der depressiven oder Schmerzsymptomatik gekommen, was - wie auch bereits von den Vorgutachtern beschrieben - mit dem Fortbestehen der krankheitsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren zusammenhänge. Bei der heutigen Untersuchung sei eine mittelgradig depressive Niedergeschlagenheit, eine Minderung der Freude und des Selbstvertrauens, wiederkehrende Suizidgedanken, Klagen über subjektive Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Ein- und Durchschlafstörungen und ein morgendliches Früherwachen festzustellen. Ein verminderter Antrieb oder Hemmung, ein Morgentief, eine Appetitminderung oder Gewichtsverlust seien nicht beobachtet oder berichtet worden. Die Persönlichkeit der Versicherten sei durch akzentuierte selbstunsicherängstliche und überangepasstaggressionsgehemmte Züge gekennzeichnet. Im

Sinne einer Überlebensstrategie habe sie die Neigung zu einer Überanpassung und zum Gehorsam mit Leugnen der eigenen Bedürfnisse und Unterdrückung ihrer aggressiven Gefühle entwickelt. Sie habe grosse Schwierigkeiten, sich für ihre Interessen einzusetzen und sich abzugrenzen. Diese beschriebenen Persönlichkeitszüge würden nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung annehmen, welche eine wesentliche Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit in mehreren Lebensbereichen erfordern würde. Die Versicherte habe 13 Jahre lang zu 100 % an der gleichen Stelle erfolgreich gearbeitet. In der beruflichen Anamnese würden sich weder ein vermehrter Stellenwechsel noch vermehrte Konflikte finden lassen. Den akzentuierten Persönlichkeitszügen komme insofern eine mindernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu, als sie eine Abgrenzung der Versicherten gegenüber den Anforderungen der Vorgesetzten erschweren würden, was zu einer wiederholten Überschreitung der Belastbarkeitsgrenze geführt habe. Sie stellen somit eine leichte, persönlichkeitsbedingte Minderung der Ressourcen im Umgang mit der Schmerzstörung dar. Im Vergleich zu den psychosozialen Belastungsfaktoren komme diesen jedoch eine untergeordnete Bedeutung zu. In der bisherigen Tätigkeit als ungelernete Küchenhilfe bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund des mittleren Schweregrades der depressiven Symptomatik sowie der subjektiven Schmerzen sei die Arbeitsfähigkeit um 30 % reduziert. Bei der gleichmässigen Verteilung eines zumutbaren wöchentlichen Arbeitspensums von 80 % bestehe eine geringgradige Leistungsminderung durch eine leichte Verlangsamung, sodass eine effektive Gesamtarbeitsfähigkeit von 70 % resultiere. Die Arbeitsfähigkeit in vergleichbaren Verweistätigkeiten, d.h. in körperlich leichten bis mittelschweren, ungelerten Tätigkeiten mit von aussen vorgegebenen Arbeitsabläufen ohne erhöhte Anforderungen bezüglich Eigeninitiative oder Entscheidungsfindung betrage ebenfalls 70 %.

4.1. Das Gutachten von Dr. E. vom 7. März 2012 erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein Gutachten. Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 2.3 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Es enthält eine ausführliche Darlegung und eingehende Würdigung der medizinischen Aktenlage. Dr. E. setzte sich eingehend mit der divergierenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. C. auseinander und legte dabei schlüssig dar, weshalb auf dessen Einschätzung nicht abgestellt werden kann. So erklärte sie, dass sich Dr. C. am gegenwärtigen Arbeitspensum und den subjektiven Angaben der Versicherten orientiert habe. Ferner gehe aus seinen Stellungnahmen deutlich hervor, dass er in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit irrelevante Faktoren wie die für die Versicherte qualitativ nicht sehr anspruchsvolle Arbeit in der Schweiz und die Weggabe des wenige Wochen alten Sohnes habe einfließen lassen. Auch die Beurteilung von Dr. D. erscheint auf den ersten Blick widersprüchlich zur derjenigen von Dr. E. zu sein. So hielt Dr. D. in seiner Diagnosestellung eine leichte bis mittelschwere depressive Episode fest. Angesichts der fluktuierend rezidivierenden depressiven Störung sei die Versicherte zu 30 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Dagegen stufte Dr. E. I den Schweregrad der depressiven Erkrankung höher ein und diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode. Sie gelangte trotzdem zur gleichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wie Dr. D. . Bei näherer Betrachtung stellt sich jedoch heraus, dass die von Dr. D. gestellte Diagnose nach ICD-10 F. 33.11 einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode,

entspricht und somit nicht von derjenigen von Dr. E. abweicht. In diesem Sinne führte er in seiner Beurteilung zur Diagnose auch aus, dass in Anwendung der ICD-10 eine mittelgradig ausgeprägte depressive Episode vorliege (vgl. Seite 13 des Gutachtens von Dr. D.). Die gleiche Auffassung teilen sich die beiden Gutachter auch hinsichtlich der Bedeutung der IV-fremden Faktoren. Sowohl Dr. D. als auch Dr. E. kamen zum Schluss, dass die verschiedenen psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren eine überwiegende Rolle in Bezug auf die psychische Störung einnehmen würden. In der Folge berücksichtigten beide Fachpersonen diese Faktoren bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht. Weiter nahm Dr. E. I mit Blick auf die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung nach einem eingehenden Aktenstudium, einer ausführlichen Anamneseerhebung und einer persönlichen Untersuchung eine sorgfältige Prüfung der Foerster-Kriterien vor und stellte dabei fest, dass zwar eine psychisch relevante Komorbidität vorliege, die übrigen Kriterien jedoch nicht erfüllt seien. Ausserdem setzte sie sich entgegen der Ansicht der Versicherten detailliert mit deren Persönlichkeit auseinander. Dabei erkannte sie, dass die bei der Versicherten vorliegenden akzentuierten aggressionsgehemmten Persönlichkeitszüge eine leichte Minderung der Ressourcen im Umgang mit der Schmerzstörung zur Folge hätten. Trotz dieser Einschränkung seien genügend Ressourcen vorhanden, um das subjektive Schmerzempfinden überwinden zu können. Aufgrund dieser Ausführungen gibt es keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. E. , weshalb diesem volle Beweiskraft beizumessen ist. Gestützt darauf ist somit festzustellen, dass die Versicherte in ihrer Leistungsfähigkeit wegen ihrer psychischen Beeinträchtigungen zu 30 % eingeschränkt ist. 4.2.1. Im Zusammenhang mit den psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren machte die Versicherte geltend, dass solche Faktoren bei der Entstehung und des Andauerns ihrer psychischen Erkrankung mitgewirkt hätten und ihre Persönlichkeitszüge, welche auch gemäss Dr. E. die Arbeitsfähigkeit einschränkten, mitprägen würden. Eine Unterscheidung zwischen IVfremden und IVrelevanten Faktoren erscheine daher vorliegend konstruiert, zumal die Versicherte diese Faktoren nicht selber verändern oder bestimmen könne. Zudem habe Dr. E. nicht begründet, inwiefern und in welchem Ausmass die leistungsmindernde psychische Störung auf IVrelevante oder IVfremde Faktoren beruhe. 4.2.2 Es ist darauf hinzuweisen, dass nur eine Beeinträchtigung der Gesundheit bzw. deren Auswirkungen zu einer Arbeitsunfähigkeit und zu einer Invalidität im Rechtssinne führen können. Dabei muss die gesundheitliche Störung durch ein pathologisches Geschehen verursacht worden sein (vgl. Thomas Locher , Invalidität und invaliditätsfremde Faktoren, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], St. Gallen 2003, S. 246). Die Rechtsprechung verlangt deshalb zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2011, 8C_302/2011, E. 2.5.1). Juristisch sind somit sämtliche den Gesundheitszustand belastende Faktoren, die nicht medizinischer Natur sind, zu den IV-fremden Faktoren zu zählen. Solche Faktoren sind vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich und vermögen daher keinen Leistungsanspruch zu begründen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Bei den IV-fremden Faktoren handelt es sich um einen versicherungsrechtlichen Begriff von leistungsausschliessendem bzw. -begrenzendem Charakter (Gabriela Riemer - Kafka , Versicherungsmedizinische Gutachten, Bern 2007, S. 55). Im Gegensatz zu den Juristen unterscheiden die Mediziner nicht zwischen sozialen Ursachen und Folgen einer Krankheit.

Im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsbegriffs werden soziale, das Beschwerdebild und die Leistungsfähigkeit beeinflussende Faktoren nicht ausgeklammert, sondern die betroffene Person wird in ihren gesamten Lebensumständen erfasst. Das medizinische Krankheitsverständnis ist also weiter gefasst als das rechtliche (vgl. Myriam Schwender, Krankheit und Recht. Der Krankheitsbegriff im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Basel/Genf/München 2008, S. 147). Indem die rechtsanwendenden Behörden und Gerichte die psychosozialen Faktoren auszublenden haben, werden nicht wenige zuvor von Ärzten krank geschriebene Menschen auf eine für sie unverständliche Weise "gesund", insbesondere dann, wenn psychosoziale Gründe überwiegend zum Krankwerden beigetragen haben (vgl. Jörg Jeger, Wer bemisst invaliditätsfremde Ursachen der Arbeitsunfähigkeit?, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2008, St. Gallen 2009, S. 160). Wie die Versicherte zu Recht anführte, lassen sich psychosoziale und soziokulturelle Faktoren oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastungsfaktoren wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/2007, E. 4.2). 4.2.3 Vorliegend wird nicht bestritten, dass die belastenden Lebensumstände der Versicherten (Migration und ihre Folgeerscheinungen, Weggabe des neugeborenen Sohnes, chronischer Ehekonflikt, Erkrankung des Ehemannes, finanzielle Schwierigkeiten, Abbruch der Lehre des Sohnes, Bosnienkrieg, unerfüllter weiterer Kinderwunsch, belastende 100%ige Berufstätigkeit, Aufgaben als Hausfrau und Mutter etc.) eine Hauptrolle bei der Entstehung der diagnostizierten psychischen Störungen und bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik spielen. Diese als ursächlich zu betrachtende Faktoren des diagnostizierten Gesundheitsschadens können gemäss Rechtsprechung nicht einem pathologischen Substrat im engeren, rechtserheblichen Sinn zugerechnet werden. Auf eine Unterscheidung zwischen IV-fremden und IVrelevanten Faktoren kann somit entgegen der Ansicht der Versicherten nicht verzichtet werden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist es auch nicht Aufgabe der medizinischen Fachpersonen, eine punktgenaue Einschätzung des Einflusses IVfremder Faktoren auf den Gesundheitszustand einer versicherten Person vorzunehmen. Die begutachtende Person hat lediglich die invaliditätsfremden Umstände von den medizinischen zu abstrahieren. Danach hat sie aufgrund der medizinischen Faktoren deren Auswirkungen und das Ausmass auf das verbleibende funktionelle Leistungsvermögen zu beurteilen (vgl. dazu auch Jeger, a.a.O., S. 167 f.), Diesen Anforderungen ist Dr. E. vollumfänglich nachgekommen, indem sie zwischen medizinisch begründeten und somit IVrelevanten gesundheitlichen psychischen Beeinträchtigungen und IV-fremden Faktoren unterschied. Die von Dr. E. vorgenommene Differenzierung ist nachvollziehbar und begründet, weshalb ihr zu folgen ist. Folgerichtig liess sie die psychosozialen und soziokulturellen Faktoren bei ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht. Schliesslich kam sie zum Schluss, dass die objektiv ausgewiesenen psychischen Beeinträchtigungen die Leistungsfähigkeit der Versicherten um 30 % verminderten. Darin sind die die Arbeitsfähigkeit im geringen Grad einschränkenden Persönlichkeitszüge berücksichtigt (vgl. S. 30 des Gutachtens). 5.1 Die Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten erfolgt aufgrund eines Einkommensvergleichs. Gemäss Art. 16

ATSG wird dazu 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 zum Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (vgl. BGE 104 V 136). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind für den Einkommensvergleich grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174).

5.2 Die IV-Stelle nahm in ihrer Verfügung vom 8. Juni 2011 zur Ermittlung der Einschränkung der Versicherten im Erwerbsbereich für den hier massgebenden Zeitraum ab 1. Juni 2006 den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ging sie gestützt auf den Angaben des Arbeitgebers der Versicherten von einem jährlichen Valideneinkommen von Fr. 61'827.-- aus. Dieses Valideneinkommen wird von der Versicherten nicht bestritten. Wie die IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung vom 2. August 2011 jedoch zu Recht bemerkte, wurde dieses Valideneinkommen seit 2003 nicht der Lohnentwicklung angepasst. Unter Berücksichtigung der bis 2006 erfolgten Nominallohnentwicklung (vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, Frauen) ergibt sich ein massgebendes Einkommen von Fr. 65'105.-- jährlich.

5.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Geht die versicherte Person keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, ist beim Einkommensvergleich von einem hypothetischen Invalideneinkommen auszugehen, für dessen Ermittlung auf die statistischen Löhne der (LSE) abzustellen ist (vgl. BGE 126 V 76 E. 3b/bb mit Hinweisen und BGE 124 V 322 E. 3b/aa). Vorliegend führt die Versicherte nach Eintritt des Gesundheitsschadens ihre bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Abwaschküche des Kantonsspitals Liestal im Umfang von 50 % weiter, schöpft aber dabei ihre Restarbeitsfähigkeit gemäss Zumutbarkeitsbeurteilung nicht optimal aus. In der angefochtenen Verfügung rechnete die IV-Stelle das tatsächlich erwirtschaftete Einkommen auf die zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 70 % hoch. Diese Vorgehensweise erweist sich als unzulässig. Der von einer invaliden Person tatsächlich erzielte Verdienst bildet für sich allein betrachtet grundsätzlich kein genügendes Kriterium für die Bestimmung der Erwerbsunfähigkeit und damit des Invaliditätsgrades. Das Mass der tatsächlichen Erwerbseinbusse stimmt mit dem Umfang der Invalidität vielmehr nur dann überein, wenn - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse eine Bezugnahme auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sich praktisch erübrigen, wenn die versicherte Person eine Tätigkeit ausübt, bei der anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und wenn das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2). Da die Versicherte mit ihrem derzeitigen Arbeitspensum von 50 % die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit gemäss ärztlichem Zumutbarkeitsprofil nicht voll verwertet, verbietet sich das Heranziehen des effektiven Einkommens bzw. dessen Aufrechnung auf das zumutbare Pensum von 70 %. Eine derartige Vorgehensweise würde schliesslich weiteren Hypothesen unterliegen. Insbesondere ist nicht klar, ob das Kantonsspital Liestal die Versicherte auch im Umfang von 70 % beschäftigen würde. Unter diesen Umständen ist das Invalideneinkommen anhand der LSE zu ermitteln.

5.3.2 Laut

Tabelle TA1 betrug der Zentralwert, Anforderungsniveau 4 für Frauen, im Jahre 2006 monatlich Fr. 4'019.--. Dieser Wert ist auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden umzurechnen, womit bei einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % für die Zeit ab 1. Juni 2006 ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 35'194.-- resultiert. 5.3.3 Von dem auf diese Weise erhobenen statistischen Wert können unter bestimmten Voraussetzungen Abzüge vorgenommen werden. Laut der dazu ergangenen Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen (vgl. BGE 126 V 80 E. 5b). Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer der genannten Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Vorliegend sind mit Blick auf die ärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. E. nebst der zeitlichen Beschränkung keine zusätzlichen Aspekte ersichtlich, die auf eine Erschwernis bei der erwerblichen Verwertung der Restarbeitsfähigkeit schliessen lassen würden. Unter diesen Umständen ist von der Vornahme eines leidensbedingten Abzuges abzusehen. 5.4 Der Vergleich zwischen Validen- und Invalideneinkommen führt zu einer Lohneinbusse von Fr. 29'911.--, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 46 % und Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Juni 2006 ergibt. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen - vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO - keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. 6.2. Gemäss bundesgerichtliche Rechtsprechung sind die Kosten für ein Gerichtsgutachten als ordentliche Abklärungskosten zu behandeln, welche der IV-Stelle aufzuerlegen sind. Das Bundesgericht führte im BGE 137 V 210 in Erwägung 4.4.2 zur Begründung aus, dass Art. 45 Abs. 1 ATSG und Art. 78 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 eine Kostentragung der IV-Stelle auch für Abklärungsmassnahmen vorsehe, welche die IV-Stelle zwar nicht angeordnet habe, welche jedoch für die Beurteilung des Leistungsanspruchs unerlässlich seien (vgl. dazu auch IV-Rundschreiben Nr. 314). Diese Voraussetzung ist vorliegend gegeben, nachdem das Kantonsgericht mit Beschluss vom 17. November 2011 zum Schluss kam, dass eine abschliessende Beurteilung gestützt auf die bis zu jenem Zeitpunkt vorgelegene Aktenlage nicht möglich sei. Die Aufwendungen für die gerichtliche Begutachtung durch Dr. E. in Höhe von Fr. 7'285.-- sind demgemäss der IV-Stelle zu überbinden. 6.3 Laut Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den

Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin machte in ihrer Honorarnote vom 25. Mai 2012 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 17,83 Stunden geltend. Die detaillierte Abrechnung beinhaltet nun allerdings auch Bemühungen, die im Rahmen des Verwaltungsverfahrens bis zum Erlass der Verfügung erbracht wurden. Art. 52 Abs. 3 ATSG hält ausdrücklich fest, dass im Einspracheverfahren in der Regel (vgl. zu den hier nicht zutreffenden Ausnahmen: Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2009, S. 527) keine Parteientschädigungen ausgerichtet werden (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 1. Juli 2003, U 236/02). Es kann daher nur der nach der Zustellung der Verfügung entstandene Aufwand entschädigt werden. Damit reduziert sich der in der Honorarnote vom 25. Mai 2012 ausgewiesene Zeitaufwand auf 12,5 Stunden, was sich umfangmässig als angemessen erweist. Dasselbe gilt für die ab Verfügungszeitpunkt angefallenen Auslagen von Fr. 49.50. Damit ist der Versicherten eine Parteientschädigung für das vorliegende Beschwerdeverfahren in der Höhe von Fr. 3'434.45 (12,5 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 49.50.-- zuzüglich 8 % MwSt.) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 8. Juni 2011 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Juli 2002 bis 30. September 2002 Anspruch auf eine Viertelsrente, vom 1. Januar 2003 bis 31. Mai 2003 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente, vom 1. Januar 2004 bis 31. Mai 2004 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, vom 1. Juni 2004 bis 31. Mai 2006 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente und ab 1. Juni 2006 Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

E. 3

Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung bei Dr. med. E. in Höhe von Fr. 7'285.-- werden der IV-Stelle auferlegt.

E. 4

Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'434.45 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Gegen diesen Entscheid wurde von der IV-Stelle Basel-Landschaft am 1. Oktober 2012 Beschwerde beim Bundesgericht (V. erfahrung-Nr. 8C_792/2012) erhoben. Kantonsgericht Basel-Landschaft Abteilung Sozialversicherungsrecht

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