

BL_GERICHTE 720 12 222 / 320 vom 5. Juni 2012

BL Gerichte, 2012-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720 12 222 _ 320](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_12_222_320)

FR: BL_GERICHTE 720 12 222 / 320 du 5 juin 2012

IT: BL_GERICHTE 720 12 222 / 320 del 5 giugno 2012

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. Juni 2012 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). 3.1 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. 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. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG). 3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b). 4.1 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 Berufsarbeit 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: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteile des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten

andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b) nicht zu, ein Administrativoder Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.4 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. In diesen Fällen geht man von der ausnahmsweisen Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung aus. 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: (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; (2) ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; (3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); (4) 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.; vgl. zum Ganzen auch Andreas Brunner / Noah Birkhäuser, Somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, in: BJM 2007, S. 169 ff.)

E. 5

Für die Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

E. 5.1

Im Bericht der orthopädischen Klinik des Kantonsspitals X. vom 18. September 2009 wurden eine leichte Tendovaginitis de Quervain rechts, eine leichte Epicondylitis humeri radialis rechts, eine leichte AC-Gelenkarthrose, ein Status nach intraartikulärer distaler Radius-fraktur 1990 und ein Status nach Neurolyse Nervus ulnaris 1990 diagnostiziert. Der Versicherten wurde bis 11. Oktober 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestiert.

E. 5.2

Gemäss Bericht des Kantonsspitals X. vom 14. Oktober 2009 wurde nebst den bereits im Bericht vom 18. September 2009 genannten Diagnosen auch ein Verdacht auf eine Kompressionsneuropathie des Nervus ulnaris rechts festgestellt. Als Kassiererin bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

E. 5.3

Im Bericht des Kantonsspitals X. vom 11. November 2009 wurde für die Tätigkeit an der Kasse weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestätigt.

E. 5.4

Nach dem Bericht der interdisziplinären Notfallstation des Kantonsspitals X. vom 20. November 2009 wurden eine schwere Distorsion des oberen Sprunggelenks (OSG) links und eine Kniekontusion rechts diagnostiziert sowie als Nebendiagnosen die bereits im Bericht der orthopädischen Klinik vom 14. Oktober 2009 festgestellten Diagnosen aufgeführt. Die Versicherte habe bei einem Treppensturz ein Supinationstrauma erlitten. Vom 20. November 2009 bis 24. November 2009 bestünde unfallbedingt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

E. 5.5

Der Hausarzt Dr. med. C. , FMH Allgemeine Innere Medizin, verwies in seinem Bericht vom 14. Dezember 2009 auf die Berichte des Kantonsspitals X. und stellte eine zunehmende depressive Entwicklung fest. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kassiererin bestünde seit 11. September 2009 ein Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% und ab 20. November 2009 bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

E. 5.6

Im Bericht vom 20. Dezember 2010 diagnostizierte Dr. C. mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische therapieresistente Epicondylitis humeri radialis rechts, chronische posttraumatische Schmerzen am rechten Handgelenk, eine chronische Tendovaginitis de Quervain rechts und chronische Schmerzen an der linken Schulter. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde ein Status nach einer schweren OSG-Distorsion. In geistiger und psychischer Hinsicht würden keine Einschränkungen bestehen. Für die Tätigkeit als Kassiererin sei die Versicherte bis auf weiteres im Umfang von 50% arbeitsunfähig.

E. 5.7

Im Bericht des Kantonsspitals X. zu Händen des vertrauensärztlichen Dienstes der zuständigen Taggeldversicherung vom 6. Januar 2011 wurde festgestellt, dass Schmerzen und Kraftlosigkeit im Bereich beider Handgelenke und Arme rechtsbetont sowie Schmerzen und eine verminderte Geh- und Stehfähigkeit linksseitig nach einem OSG-Distorsionstrauma beständen. Die Schmerzen im Bereich beider Arme, insbesondere im rechten Handgelenk, des Ellenbogens und des Schultergelenks würden v.a. bei

repetitiven Arbeiten auftreten. Die Tätigkeit als Kassiererin sei deshalb nicht mehr zu 100% zumutbar und es bestünde eine verminderte Leistungsfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit sei ab sofort zu 100% zumutbar.

E. 5.8

Die IV-Stelle beauftragte Dr. med. D. , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, und Dr. med. E. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer bidisziplinären Begutachtung. Am 10. Mai 2011 diagnostizierte Dr. D. mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Handgelenks bei distaler Radioulnararthrose und Status nach intraartikulärer distaler Radiustrümmerfraktur 1990 mit Status nach Osteosynthese mit zusätzlich Status nach Neurolyse des Nervus ulnaris rechts, eine Epicondylopathia humeri radialis beidseits seit 2007 und eine chronische Tendovaginitis de Quervain rechts. Aufgrund der Akten, der Anamnese und den klinischen Untersuchungsbefunden sei seit September 2009 eine teilweise Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Die Untersuchung zeige, dass die Versicherte verschiedene Schmerzregionen am Bewegungsapparat aufweise. Die schmerzhafte Bewegungseinschränkung am rechten Handgelenk, der Tennisellbogen beidseits und die Tendovaginitis de Quervain rechts führten insgesamt zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es könne kein eigentliches Ereignis eruiert werden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass eine chronische Überlastung dekompenziert sei und zu einer teilweisen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt habe. Für die angestammte Tätigkeit bestünde eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 40%. Angepasste Tätigkeiten seien unter Berücksichtigung eines erhöhten Pausenbedarfs im Umfang von 90% zumutbar. Am 30. Mai 2011 konnte Dr. E. keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Ohne Auswirkung bestünden eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), akzentuierte (narzisstische) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und ein Verdacht auf eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3). Anlässlich der Untersuchung hätten sich bei der Versicherten anamnestisch die Symptome der Durchschlafstörung, des Gedankenkreisens, der manchmal auftretenden Müdigkeit, der weitgehend ausgeglichenen, zum Teil gereiztaggressiven, manchmal auch bedrückt traurigen Stimmung, der Vergesslichkeit, der verminderten Konzentrationsfähigkeit, des verminderten Selbstvertrauens sowie des manchmal auftretenden Gefühls allgemeiner Sinnlosigkeit und der selten auftretenden Suizidgedanken eruieren lassen. Diese Symptome würden die Kriterien für die Diagnose einer depressiven Episode aber nicht erfüllen. Insbesondere seien keine länger dauernde bedrücktraurige Stimmung, keine Freud- und Lustlosigkeit erkennbar gewesen. Die Schmerzen hätten sich hinreichend durch körperliche Störungen erklären lassen. Aus psychiatrischer Sicht würden sich bei der Versicherten Belastungen nachweisen lassen, wie sie im Zusammenhang mit einer Dysthymia beschrieben würden, welche schwerwiegend genug wären, um in einen ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Die Versicherte hinterlasse nicht den Eindruck, unter schweren oder quälenden Schmerzen zu leiden. Aus diesen Gründen könne weder die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung noch diejenige einer Somatisierungsstörung gestellt werden. In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung wurde der Versicherten seit September 2009 bis 8. Mai 2011 für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50% und seit der Untersuchung im Rahmen der Begutachtung eine solche von 40% attestiert. Angepasste Tätigkeiten seien ab sofort im Umfang von 90% zumutbar. 6.1. Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 5. Juni 2012 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes auf das bidisziplinäre Gutachten von Dres. D. und E. vom 10.

bzw. 30. Mai 2011. Sie ging in der Folge davon aus, dass die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit von September 2009 bis 8. Mai 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 50% bzw. seit der Untersuchung im Rahmen der Begutachtung eine solche von 40% aufwies und angepasste Tätigkeiten ab sofort im Umfang von 90% zumutbar seien. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen nicht vor. Die Beurteilung von Dres. D. und E. beruht auf eingehenden Untersuchungen der Versicherten und berücksichtigt die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte. Zudem gingen die Gutachter auf die Beschwerden der Versicherten ein und vermitteln ein hinreichendes Bild über deren Gesundheitszustand. Es wird deutlich, dass die Versicherte in somatischer Hinsicht seit September 2009 - ohne dass ein eigentliches Ereignis eruiert werden kann, wohl aber zufolge Dekompensation einer chronischen Überlastung - verschiedene Schmerzregionen am Bewegungsapparat aufweist und die schmerzhaften Bewegungseinschränkungen am rechten Handgelenk, der Tennisellbogen beidseits und die Tendovaginitis de Quervain rechts eine verminderte Leistungsfähigkeit zur Folge haben. Aus psychiatrischer Sicht weist die Versicherte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Vor diesem Hintergrund ist auch die fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet und es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit September 2009 bis 8. Mai 2011 für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50% und seit der Untersuchung im Rahmen der Begutachtung eine solche von 40% aufweist. Angepasste Tätigkeiten sind ihr ab dem Begutachtungszeitpunkt im Umfang von 90% zumutbar. Die Beurteilung von Dres. D. und E. sind sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen überzeugend. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung der medizinische Sachlage darauf abgestellt hat. 6.2. Soweit die Beschwerdeführerin dagegen einwendet, der psychiatrische Gutachter habe bei seiner Beurteilung wichtige Vorakten nicht einbezogen und zudem die Medikation mit Cipralext als wichtiges Indiz für eine bestehende Depression nicht gewürdigt, kann ihr nicht gefolgt werden. So enthält das Gutachten eine ausführliche Anamnese mit Angaben über die bisherigen Therapien und die vom Hausarzt verschriebene Medikation. Nach einlässlicher Auseinandersetzung mit der festgestellten Symptomatik kommt der psychiatrische Gutachter zum überzeugenden Schluss, dass die Versicherte eine Dysthymia aufweist. Hierbei handelt es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33x) zu erfüllen. Davon ist auszugehen. Die Beschwerdeführerin hat dann auch keine fachärztlichen Berichte aufgelegt, die eine invalidisierende Erkrankung ausweisen würden. Zudem erscheint den konkreten Umständen nach eine Nachführung des gesundheitlichen Befundes nicht notwendig. Demnach ist nicht zu beanstanden, dass der Gutachter keine zusätzliche Abklärungen veranlasst hat. Daran ändert auch die beklagte Schmerzproblematik nichts. Nachdem keines der zusätzlich geforderten Kriterien, wie Komorbidität, sozialer Rückzug, etc. in erforderlichem Ausmass ausgewiesen ist, ist zu vermuten, dass die Versicherte in der Lage ist, die Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung zu

überwinden. Soweit die Beschwerdeführerin die rheumatologische Beurteilung anzweifelt, ist ihr entgegenzuhalten, dass sie nicht substantiiert darlegt, weshalb die Beurteilung von Dr. D. nicht nachvollziehbar bzw. verlässlich sein soll. Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was geeignet wäre, den Beweiswert des rheumatologischen Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Der Beschwerdeführerin ist zwar zuzustimmen, wenn sie darauf hinweist, dass eine zuverlässige Konsensbeurteilung grundsätzlich erst nach Vorliegen der ausgefertigten Teilgutachten erfolgen kann. Nachdem aber im vorliegenden Fall keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht, lässt der Umstand, dass die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits vor der schriftlichen Ausfertigung des psychiatrischen Teilgutachtens erfolgt ist, keine Zweifel an der Schlüssigkeit der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung aufkommen. Insgesamt lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragte zusätzliche Abklärung verzichtet werden kann.

E. 7

Im vorliegenden Fall erweist sich der von der Vorinstanz vorgenommene Einkommensvergleich als rechters. Wenn die Beschwerdeführerin rügt, die IV-Stelle habe bei der Bemessung des IV-Grades nicht auf die Tabellenlöhne abstellen dürfen, da diese der vorliegenden Situation nicht gerecht würden, kann ihr nicht gefolgt werden. Entscheidend ist, was 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. Nach der Rechtsprechung können entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 126 V 76 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412 f. E. 4b/aa). Da aber kein Anspruch auf die Verwendung von DAP-Profilen besteht (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1), ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle das Invalideneinkommen mittels den Tabellenlöhnen bestimmt hat. Soweit die Beschwerdeführerin sodann beantragt, es sei ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 55% vorzunehmen, ist auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen, wonach ein Abzug vom Tabellenlohn auf insgesamt höchstens 25% zu beschränken ist (BGE 126 V 80 E. 5b/cc). Vorliegend hat die IV-Stelle einen Abzug vom Tabellenlohn von 20% vorgenommen, was sich in Anbetracht der persönlichen und beruflichen Situation der Versicherten und anhand eines Quervergleichs mit ähnlich gelagerten als angemessen erweist. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf DAP-Profile Abzüge vom System der DAP her nicht sachgerecht und nicht zulässig sind (BGE 129 V 472 E. 4.2.3). Bei einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit 10% ist mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass die Versicherte ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte.

E. 8

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Arbeitsunfähigkeit sei bereits im Jahr 2006 eingetreten, weshalb die Berentung ab November 2009 erfolgen müsse, kann ihr nicht gefolgt werden. Zwar bescheinigte der behandelnde Arzt Dr. med. F., FMH Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 6. November 2006, dass die Versicherte seit längerer Zeit an schmerzhaften Erkrankungen diverser Gelenke leide, bei der Arbeit eine gewisse Schonung benötige und deshalb nicht länger als vier bis fünf Stunden täglich an der Kasse

beschäftigt werden sollte. In Würdigung der vorliegenden Akten ist eine andauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG) gemäss der schlüssigen Beurteilung im Gutachten von Dres. D. und E. aber erst seit September 2009 ausgewiesen. Demnach ist der Rentenbeginn ab 1. September 2010 nicht zu beanstanden.

E. 9

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 5. Juni 2012, mit welcher der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. September 2010 - unter Berücksichtigung der dreimonatigen Übergangsfrist (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) - bis 31. August 2011 eine befristete halbe Rente zugesprochen hat, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann.

E. 10

Gemäss Art. 69 Abs. 1 und 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor kantonalem Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Gegen diesen Entscheid wurde von A. Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 9C_166/2013) erhoben.

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