

BL_GERICHTE 720 2015 193 / 312 vom 29. April 2015

BL Gerichte, 2015-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2015_193___312

FR: BL_GERICHTE 720 2015 193 / 312 du 29 avril 2015

IT: BL_GERICHTE 720 2015 193 / 312 del 29 aprile 2015

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

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 29. April 2015 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). 3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG 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). 3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1). 3.3 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von

Geburts-geborenen, 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 nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten 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).

4.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat 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.

4.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 128 V 30 E. 1).

4.3 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG).

4.4 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; Art. 28a Abs. 3 IVG). Ist bei diesen Versicherten anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung aus- bis schliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961).

5.1 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 507 E. 3.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juli 2012, 9C_335/2012, E. 3.1). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen

sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 137 V 338 E. 3.2, 125 V 150 E. 2c, je mit Hinweisen). 5.2 In der angefochtenen Verfügung vom 29. April 2015 ermittelte die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Versicherten anhand der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung. Dabei ist sie gestützt auf die protokollierten Aussagen im Haushaltsbericht vom 10. Juli 2014 davon ausgegangen, dass die Versicherte als Gesunde zu 50% einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde und zu 50% im Haushalt beschäftigt wäre. Mit Blick auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung vom 29. April 2015 entwickelt haben und der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin diese Aufteilung nicht bestreitet, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sie heute bei voller Gesundheit im Umfang von 50% erwerbstätig wäre. Demnach ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle den Invaliditätsgrad nach der gemischten Methode ermittelt hat. Die angefochtene Verfügung vom 29. April 2015 erweist sich daher sowohl bezüglich der Beurteilung der Statusfrage und der damit zusammenhängenden Methodenwahl als auch bezüglich der Festlegung der Anteile der Erwerbstätigkeit (50%) und der Haushaltstätigkeit (50%) als rechens.

E. 6

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

E. 6.1

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

E. 6.2

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 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. 6.3

Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren 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).

7.1. Zur Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist vorliegend das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C., FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 24. Februar 2014 bzw. vom 29. April 2014 von zentraler Bedeutung. Insgesamt werden aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Im rheumatologischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. C. ohne Einwirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein myotendinotisches zervikothorakovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2) bei einem myotendinotischen Hartspann der paravertebralen Muskulatur, insbesondere des Musculus trapezius links betont, des Musculus levator scapulae linksseitig, des Musculus infraspinatus linksseitig, der paravertebralen Muskulatur im BWS- und LWS-Bereich sowie der subokzipitalen Muskulatur, ein Verdacht auf durch NSAR induzierte Kopfschmerzen sowie ein funktionelles Impingement der linken Schulter (ICD-10 M75.6) wegen muskulärer Dysbalance der Schultergürtelmuskulatur, ohne klinische Zeichen einer glenohumeralen Funktionsstörung und ohne klinische Hinweise auf eine posttraumatische Läsion. Anlässlich der Untersuchung habe die Explorandin Kopfschmerzen und Nackenschmerzen mit laterozervikaler Schmerzausstrahlung in den Rücken bis in den Beckenbereich beklagt. Die klinische Untersuchung der HWS zeige aber keinerlei Hinweise auf eine organisch bedingte segmentale Dysfunktion. Lokal imponiere eine ausgeprägte Dysbalance der Schultergürtelmuskulatur mit Entwicklung myotendinotischer Verspannungen der paravertebralen Muskulatur, wobei echte Myogelosen jedoch nicht hätten ausgemacht werden können. Beim Versuch die HWS passiv in der Neutralstellung nach rechts und nach links zu drehen, komme es rasch zu einer massiven Gegenintervention im Sinne eines Vermeidungsverhaltens. Segmentale Schmerzen würden dadurch aber nicht ausgelöst. Die Flexion der HWS erfolge ebenfalls schmerzfrei, womit sich keine Hinweise auf eine echte posttraumatische Instabilität bzw. auf posttraumatische Läsionen der HWS feststellen lassen. Die klinische Untersuchung der BWS und der LWS ergebe ebenfalls muskuläre Verspannungen der paravertebralen Muskulatur, ohne Zeichen einer segmentalen Dysfunktion dieser Segmente der Wirbelsäule. Auch im Rahmen von radiomorphologischen Untersuchungen hätte das

Vorliegen einer posttraumatischen Läsion an der Wirbelsäule sowie am peripheren Bewegungsapparat weitgehend ausgeschlossen werden können. Bei der passiven Untersuchung im Bereich des Nackens und des Schulterblattes würden dort Schmerzen angegeben, wo eine verspannte Muskulatur vorliege. Klinische Hinweise auf eine glenohumerale Funktionsstörung bzw. auf Läsionen der Rotatorenmanschetten hätten sich ebenfalls nicht feststellen lassen. Insgesamt stehe die funktionell bedingte myotendinotische Verspannung der paravertebralen Muskulatur ohne relevantes organisches Substrat, nämlich ohne relevante degenerative bzw. posttraumatische Läsionen am Bewegungsapparat, im Vordergrund. Es handle sich dabei um einen unspezifischen Befund der oft bei einer psychosomatischen Fehlentwicklung zu finden sei, als somatische Reaktion bei psychogenen Störungen. Aus somatischer Sicht lasse sich auch nicht erklären, warum sich die Schmerzsymptomatik von einer initial traumatisierten rechten Seite (Schulter, Ellenbogen usw.), wie sie auf der Notfallstation am 23. Mai 2011 dokumentiert worden sei, im Laufe der Zeit auf die linke Seite des Körpers verlagert habe. Es bestehe eine absolute Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren klinischen Befunden am Bewegungsapparat, die das Beschwerdebild der Explorandin nicht erklären könnten. Gesamthaft sei sie in einer körperlich leichten Tätigkeit, ohne Notwendigkeit repetitiv Lasten über 10kg zu heben, zu tragen oder zu stossen, wie sie die Explorandin vor dem erlittenen Unfall verrichtet habe, voll arbeitsfähig. Auch in der Tätigkeit als Hausfrau bestehe damit eine volle Arbeitsfähigkeit. Im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. B. eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sowie eine einfache Phobie (Autofahren) (ICD-10 F40.2). Im Rahmen der Untersuchung sei es ohne Weiteres möglich gewesen, sich mit der Explorandin detailliert über das Unfallgeschehen zu unterhalten. Es habe überhaupt kein Leidensdruck festgestellt werden können, zuweilen sei die Stimmung heiter gewesen. Die Explorandin habe am Morgen keine Mühe aufzustehen, tagsüber kümmere sie sich um ihren Sohn, zu dem sie eine gute Beziehung habe. Sie mache mit ihm Spaziergänge, erledige Einkäufe und könne ohne jede Schwierigkeit die öffentlichen Verkehrsmittel benützen. Leichtere Arbeiten im Haushalt seien möglich, bei schwereren Arbeiten werde sie von ihrer Mutter oder ihrer Schwägerin unterstützt. Ihren Angaben zufolge fühle sie sich seit dem Unfall nicht mehr in der Lage als Beifahrerin Auto zu fahren. Dabei handle es sich um eine einfache Phobie. Insgesamt könnten das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung aufgrund dieser Beschwerden nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Zurzeit klage sie einzig über die Schmerzen. Die Klagen über ihre Beschwerden hätten auch zu einem sekundären Krankheitsgewinn geführt. Neben der chronischen Schmerzstörung und der einfachen Phobie könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Die von der Psychiatrie E. im Bericht vom 26. Februar 2013 erwähnten depressiven Verstimmungen könnten nicht bestätigt werden. Die Explorandin habe einen ausgeglichenen Eindruck gemacht und die Psychomotorik sei lebhaft gewesen. Sie leide auch nicht unter Antriebsstörungen, einem sozialen Rückzug, Minderwertigkeitsgefühlen, einem „Lebensverleider“ oder Suizidgedanken. Im Gegensatz zu den Ausführungen im Bericht der Psychiatrie E. sei die Explorandin auch in der Lage, sich alleine um ihren Sohn zu kümmern. Auch der Verdacht auf eine Anorexia nervosa könne nicht bejaht werden, zumal die Explorandin bei einer Körpergrösse von 166 cm 56kg wiege und weder einen abgemagerten noch einen ausgemergelten Eindruck gemacht habe. Der physische Eindruck werde durch die Einnahme von regelmässigen Mahlzeiten

bestätigt. Ferner habe die Explorandin keinen schweren Unfall erlebt und sich bei dem Ereignis auch keine schweren Verletzungen zugezogen. Auch sei es ohne Weiteres möglich gewesen, sich mit ihr detailliert über das Unfallgeschehen zu unterhalten, ohne dass sie dabei in vegetative Erregung geraten wäre. Damit könne auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, wie sie im Bericht der Klinik D. vom 24. Mai 2013 diagnostiziert worden sei, nicht bestätigt werden. Sie habe eine gute Beziehung zu ihren Familienangehörigen, zeige keinen Rückzug von der Welt, keine Anhedonie und keine chronische Verstimmtheit und Gereiztheit. Es entspreche insbesondere nicht der klinischen Erfahrung, dass Menschen, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, zwanghaft im Fernsehen oder im Internet nach Unfällen suchten. So sei es geradewegs ein Zeichen dieser Krankheit, dass die Betroffenen ängstlich jede Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis vermeiden würden. In Bezug auf die Foerster-Kriterien sei demnach festzustellen, dass weder eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität noch eine körperliche Begleiterkrankung vorliegen würden. Auch hätte kein sozialer Rückzug festgestellt werden können. Dass alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass die Explorandin aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um ihre Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Schwere lebensgeschichtliche Belastungen und Hinweise auf unbewusste Konflikte fänden sich nicht. Auch fehle es an einem primären Krankheitsgewinn. Gesamthaft würden sich die geklagten Beschwerden demnach weder durch eine somatische noch durch eine psychische Störung hinreichend erklären lassen. Aus psychiatrischer Sicht sei es der Explorandin daher zumutbar, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit ohne jegliche Einschränkung nachgehen zu können.

7.2. Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten ging die IV-Stelle davon aus, dass die Versicherte ab Mai 2012 (Ablauf des Wartejahres) bis zur Einstellung der Versicherungsleistungen durch den Unfallversicherer per Ende August 2012 unfallbedingt keine relevante Erwerbstätigkeit zumutbar sei. Für die Zeit danach sei die Beschwerdeführerin gestützt auf die Ergebnisse, zu denen die Dres. B. und C. in ihrem bidisziplinären Gutachten vom 24. Februar 2014 bzw. vom 29. April 2014 gelangt sind, in einer körperlich leichten Tätigkeit, ohne Notwendigkeit Lasten über 10kg zu heben, zu tragen oder zu stossen, voll arbeitsfähig. Sie haben überdies erwogen, dass der Versicherten damit auch ihre angestammte Tätigkeit wieder zumutbar sei. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 6.3 hiervor) ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzten, 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. Solche Indizien liegen keine vor. Es ist vielmehr festzuhalten, dass sich die Gutachter hinreichend mit den wesentlichen medizinischen Unterlagen auseinandersetzen und insgesamt ein vollständiges Bild des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vermitteln. Alsdann nehmen die Gutachter gestützt auf ihre eingehenden persönlichen Untersuchungen und Befunderhebungen schlüssige und überzeugende Beurteilungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit vor. Überdies wird aus psychiatrischer Sicht unter Hinweis auf die divergierenden Aussagen der Psychiatrie E. sowie der Klinik D. nachvollziehbar dargelegt, weshalb die in den entsprechenden

Berichten gestellten Diagnosen im Rahmen der Untersuchung nicht haben bestätigt werden können (vgl. E. 7.4 hiernach). Insgesamt ist daher nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle dem Gutachten vollen Beweiswert zuerkannte. 7.3 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin sind nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens vom 24. Februar 2014 bzw. vom 29. April 2014 in Frage zu stellen. 7.4 Die Beschwerdeführerin zweifelt zunächst den Beweiswert des psychiatrischen Fach-teils des Gutachtens dahingehend an, als in den Berichten der Psychiatrie E. vom 26. Februar 2013 und der Klinik D. vom 24. Mai 2013, entgegen den Schlussfolgerungen im Gutachten der Dres. B. und C. , medizinische Diagnosen gestellt würden, die belegten, dass sie auch noch im Mai 2013 aus psychiatrischer Sicht in Ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. So hätte die Klinik D. in ihrem Bericht vom 24. Mai 2013 nebst der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) gestellt und ihr gestützt darauf eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestiert. Im Bericht der Psychiatrie E. vom 26. Februar 2013 werde unter Berücksichtigung der Diagnosen einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45) sowie einer Anorexia nervosa (ICD-10 F50.0) insgesamt von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Zunächst ist unter Hinweis auf das eben Dargelegte festzuhalten, dass sich Dr. B. ausführlich mit den divergierenden Auffassungen der an den erwähnten Berichten beteiligten Medizinalpersonen auseinandersetzt. Was den im Bericht der E. diagnostizierten Verdacht auf eine Anorexia nervosa angeht, so legt Dr. B. nachvollziehbar dar, dass dieser nicht bestätigt werden könne. So habe die Explorandin nicht abgemagert oder ausgemergelt gewirkt und wiege 56kg bei einer Körpergrösse von 166 cm, was bei einem BMI von 20.3 im mittleren Bereich des Normalgewichts liegt. Auch habe sie eine regelmässige Nahrungsaufnahme bestätigt. Demgegenüber lassen sich dem Bericht der Psychiatrie E. vom 26. Februar 2013 weder nähere Ausführungen noch eine nachvollziehbare Begründung in Bezug auf die im Sinne eines Verdachts geäusserte Diagnose einer Anorexia nervosa und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit entnehmen. Es wird einzig auf eine im Zeitraum vom 13. Oktober 2006 bis 10. April 2007 - und damit noch vor dem Ereignis im Mai 2011 - durchgeführte ambulante Behandlung verwiesen, anlässlich derer bei der Versicherten ein Gewicht von 48kg festgestellt worden sei. Weitere Angaben, die diesen Verdacht im damaligen Zeitpunkt bzw. namentlich im Zeitpunkt des Berichts vom 26. Oktober 2013 stützen, geschweige denn bekräftigen würden, fehlen gänzlich. Auch mit der im Bericht der Klinik D. diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung setzt sich Dr. B. ausführlich auseinander und begründet schlüssig, weshalb diese Diagnose zum jetzigen Zeitpunkt, aber auch für die Zeit unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis nicht gestellt werden könne. Einerseits fehle es an den Ursachen für die Entwicklung einer entsprechenden Störung, da die Versicherte keinen schweren Unfall erlebt und sich bei diesem Ereignis auch keine schwere Verletzungen zugezogen habe. Andererseits könnten auch keine diagnoserelevanten Symptome ausgemacht werden. So sei es anlässlich der Begutachtung möglich gewesen, sich mit der Versicherten detailliert über das Unfallgeschehen zu unterhalten, ohne dass diese dabei in vegetative Erregung geraten wäre. Ferner habe sie eine gute Beziehung zu ihren Familienangehörigen, zeige keinen Rückzug von der Welt, keine Anhedonie und keine chronische Verstimmtheit und Gereiztheit. Dr. med. F. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, der Klinik D. hingegen, begnügt sich im Rahmen der Diagnosestellung im Wesentlichen mit den Äusserungen, dass die Versicherte Albträume vom Unfall habe und seit dem Unfallereignis ein chronifiziertes

Vermeidungsverhalten bestehe, ohne näher darzulegen, inwiefern sich dieses vorliegend manifestiert. Eine Vermeidung jeglicher Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis, wie sie geradezu ein Zeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung wäre, konnte anlässlich der gutachterlichen Untersuchung nicht ausgemacht werden. Vielmehr sucht die Versicherte ihren Angaben zufolge im Rahmen von Fernsehsendungen und Recherchen im Internet geradezu nach einer wiederholten Konfrontation mit dem erlebten Ereignis. Hinsichtlich der diagnostizierten leichten depressiven Episode ist sodann zu berücksichtigen, dass die Versicherte anlässlich des Klinikaufenthaltes mit psychosozialen Belastungen, namentlich ihrer schwierigen Ehe, die im damaligen Zeitpunkt kurz vor der Trennung stand, sowie finanziellen Schwierigkeiten konfrontiert war, die im Gutachten von Dr. B. auch bestätigt worden sind. Rechtsprechungsgemäss vermögen solche psychosoziale Belastungsfaktoren für sich alleine aber keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu begründen. Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, wie zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand (vgl. BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweis). Solche von der psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, welche unabdingbar sind, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann, konnten vorliegend aber weder in Form einer Depression noch in Form einer posttraumatischen Belastungsstörung bestätigt werden.

7.5 Die Beschwerdeführerin macht ferner geltend, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der von ihr beklagten und in zahlreichen medizinischen Berichten dokumentierten Kopfschmerzen eine neurologische Begutachtung zur umfassenden Abklärung der Gesundheitsbeeinträchtigungen hätte durchführen und deren Auswirkungen auf die medizinischtheoretische Arbeitsfähigkeit hätte überprüfen müssen. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass in der Rehaklinik G. am 13. Oktober 2011 bereits eine umfassende neurologische Begutachtung durchgeführt wurde, im Rahmen derer keinerlei Hinweise auf eine neurologische Ursache ausgemacht werden konnten, die das Ausmass der beklagten Beschwerden erklären könnte. Namentlich liess sich das kognitive Störungsbild nicht mit den anlässlich des Unfallereignisses zugezogenen leichten traumatischen Hirnverletzungen und der HWS-Distorsion begründen. Indessen konnten im Zusammenhang mit den durchgeführten kognitiven Tests Diskrepanzen und selbstlimitierende Tendenzen festgestellt werden, die schliesslich mit der Diagnose einer unspezifischen neuropsychologischen Störung im Grenzbereich zwischen bewusstseinsferner Verdeutlichung und bewusstseinsnaher Aggravation der Beschwerden gestützt wurden (ICD-10 F68.0). Die testpsychologische Symptomvalidierung wie auch die anlässlich der Untersuchung festgestellten Diskrepanzen legten den Schluss nahe, dass das präsentierte kognitive Störungsbild zumindest teilweise aufgrund einer bewusstseinsnahen Aggravation zustande kam, wobei bereits damals festgestellt wurde, dass ein sekundärer Krankheitsgewinn und psychosoziale Belastungsfaktoren wesentlich zur Aufrechterhaltung der beklagten Symptome beitragen würden (vgl. Bericht der Rehaklinik G. vom 13. Oktober 2011, S. 9 f., IV-Akte Nr. 14). Alsdann werden die von der Beschwerdeführerin angegebenen Kopfschmerzen im Gutachten von Dr. C. nachvollziehbar als Folge der

regelmässigen Einnahme von hochdosiertem NSAR qualifiziert, dessen regelmässige Einnahme mangels objektivierbarer klinischer Befunde eigentlich nicht indiziert, sondern aufgrund der daraus resultierenden Kopfschmerzen vielmehr kontraproduktiv sei. Weder weiteren medizinischen Akten noch dem Gutachten von Dr. C. lassen sich aber Hinweise auf eine mögliche organische Ursache dieser Beschwerden entnehmen, die im Rahmen von weiteren Abklärungen an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht etwas ändern würden.

7.6 Soweit die Beschwerdeführerin im Weiteren unter Hinweis auf den mit der Beschwerde eingereichten Bericht der Psychiatrie E. vom 13. Mai 2015 eine seit der psychiatrischen Begutachtung eingetretene Verschlechterung ihres Gesundheitszustands geltend macht, kann ihr ebenfalls nicht beigeplichtet werden. Zum einen wird der Beweiswert dieser Kurzbeurteilung bereits durch den Umstand geschmälert, dass sie sich im Rahmen der Diagnosestellung sowie mithin der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf eine Darlegung der von der Beschwerdeführerin subjektiv geklagten Beschwerden beschränkt. Zum anderen fehlt es auch bei diesem Bericht an einer nachvollziehbaren Begründung der erhobenen Diagnosen, welche angesichts der im Vergleich zum Bericht vom 26. Oktober 2013 neu diagnostizierten leichten Depression aber umso mehr angezeigt gewesen wäre. Dessen ungeachtet kann daraus keine seit der psychiatrischen Beurteilung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes abgeleitet werden, wie sie von der Beschwerdeführerin postuliert wird. Dies umso weniger, als im Bericht ausdrücklich festgehalten wird, dass sich die psychiatrische Situation seit Februar 2013 kaum verändert habe.

7.7 Zu prüfen bleibt der Einwand der Beschwerdeführerin in Bezug auf die erwerblichen Auswirkungen der diagnostizierten Somatisierungsstörung. Dr. B. erachtet die Arbeitsfähigkeit in Anwendung der bisherigen Rechtsprechung zu den Schmerzstörungen (BGE 130 V 352 ff.) als nicht eingeschränkt, da keines der Zusatzkriterien, welche nach der Überwindbarkeitsrechtsprechung gegebenenfalls auf ein auch mit zumutbarer Willensanstrengung nicht überwindbares Leiden schliessen liessen (BGE 130 V 354 E. 2.2.3), gegeben sei.

7.8.1 Wenn die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang gestützt auf die im Bericht der Psychiatrie E. vom 13. Mai 2015 diagnostizierte depressive Episode geltend macht, dass damit eine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vorliege, welche eine Prüfung hinsichtlich der weiteren rechtsprechungsgemässen Kriterien obsolet werden lasse, kann vollumfänglich auf das in Erwägung E. 7.3 ff. Dargelegte verwiesen werden. Auch die weiteren Foerster-Kriterien, wie das Vorliegen chronischer körperlicher Begleiterkrankungen, eines mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung sowie ein sozialer Rückzug, sind, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin, nicht oder zumindest nicht in ausgeprägter Form erfüllt. Bezüglich des Kriteriums des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung wird nachvollziehbar dargelegt, dass dieses im Wesentlichen in der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung und der daraus resultierenden Selbstlimitierung, die sich in einer geringen Motivation äussert, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um ihre Genesung zu bemühen, begründet sei.

7.8.2 Am geschilderten Ergebnis, wonach bei der Versicherten das Vorliegen einer massgeblichen Arbeitsunfähigkeit verneint werden muss, ändert auch der Grundsatzentscheid des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) nichts. In diesem Urteil hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische

Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert. Da diese Rechtsprechungsänderung grundsätzlich auf laufende Verfahren wie das vorliegende Anwendung findet (vgl. BGE 141 V 309 E. 8 und BGE 137 V 266 E. 6), ist abschliessend kurz aufzuzeigen, weshalb sich daraus keine Auswirkungen auf den hier zu beurteilenden Fall ergeben.

7.8.3 Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Auch künftig wird der Rentenanspruch - in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) - anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist.

7.8.4 Geht es darum, den medizinischen Sachverhalt im Lichte dieser neuen höchstrichterlichen Schmerzrechtsprechung zu würdigen, so bleibt in intertemporalrechtlicher Hinsicht auf Folgendes hinzuweisen: Laut Bundesgericht verlieren die gemäss altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten - wie die hier vorliegenden Gutachten der Dres. B. und C. - nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 309 E. 8 mit Hinweis).

7.8.5 Die medizinischen Akten, namentlich das Gutachten der Dres. B. und C., geben verlässlichen Aufschluss über die verbleibende Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. So wird im bidisziplinären Gutachten nicht nur auf die Defizite, sondern auch auf die Ressourcen der Beschwerdeführerin eingegangen, so dass der Schluss auf die bestehenden Einschränkungen insoweit auf einer Gesamtsicht basiert.

7.8.6 Der psychiatrische Experte gelangte zum Ergebnis, dass die diagnostizierte Somatisierungsstörung die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkt. Diese einlässlich begründete fachärztliche Beurteilung überzeugt auch im Lichte von BGE 141 V 281. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass auch die fachgerecht gestellte Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führt, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält (BGE 141 V 287 E. 2 und E. 4.2). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung oder eines anderen psychosomatischen Leidens gegeben sein sollten (BGE 141 V 288 E. 2.2.2 mit Hinweis auf Art 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). In diesem Zusammenhang kann nicht darüber hinweggesehen werden, dass der psychiatrische Gutachter von einer ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung ausgeht, welche dazu führe, dass die Versicherte wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um ihre Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt auszusetzen. Dr. B. sah sich aufgrund der offensichtlich fehlenden Motivation auch ausserstande, Vorschläge für medizinische Massnahmen und eine berufliche Reintegration zu machen. Das steht der Annahme eines gesetzlich vorausgesetzten objektivierbaren Gesundheitsschadens entgegen (BGE 141 V 295 E. 3.7.1 mit Hinweis auf Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_173/2015, E. 4.2.5 und 4.3). Alsdann wurde im Gutachten ein

erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn festgestellt. Die Beschwerdeführerin habe mit ihren Beschwerden vor sich und der Umgebung die Rechtfertigung dafür, keiner Arbeit nachgehen zu müssen und sich um ihren Sohn kümmern zu können. Die gutachterlichen Feststellungen bestätigen auch die bereits im Bericht der Rehaklinik G. vom 13. Oktober 2011 gemachten Ausführungen, wo eine Selbstlimitierung der Versicherten festgehalten und auf Inkonsistenzen hingewiesen wurde. Die anlässlich der Untersuchung festgestellten Diskrepanzen legten den Schluss nahe, dass Teile der Symptomatik dem Grenzbereich zwischen bewusstseinsfernen Verdeutlichungstendenzen und bewusstseinsnaher Aggravation zuzuordnen und damit der freien Willensbildung zugänglich seien. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin im Alltag ein weitgehend normales Leben führt, sozial gut integriert ist und nicht wesentlich unter ihren Beschwerden leidet. So hat sie am Morgen keine Mühe aufzustehen und sich tagsüber um ihren Sohn zu kümmern. Wenngleich ihre Aktivitäten insofern schmerzbedingt reduziert sind, als sie bei schweren Arbeiten im Haushalt von ihrer Mutter oder ihrer Schwägerin unterstützt wird, so lässt sich das nicht mit einer nennenswerten psychisch bedingten Einschränkung bei erwerblichen Tätigkeiten vereinbaren. Zusammenfassend überwiegen die Gründe, die keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit annehmen lassen, klar. Gesamthaft ergeben sich namentlich angesichts der vorhandenen familiären und mobilisierbaren persönlichen Ressourcen keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Diagnose, weshalb die Gutachter die Somatisierungsstörung in nachvollziehbarer Weise als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt haben und eine Invalidität daher vorliegend auszuschliessen ist.

E. 8

Nach den vorstehenden Erwägungen lässt das vorliegende Gutachten der Dres. B. und C. eine zuverlässige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu. Folglich ist davon auszugehen, dass diese in einer körperlich leichten Tätigkeit, ohne Notwendigkeit Lasten über 10kg zu heben, zu tragen oder zu stossen, voll arbeitsfähig ist. In antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) kann demnach auf die beantragten zusätzlichen Abklärungen verzichtet werden.

E. 9

Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.2 hiervor), ist gemäss Art. 16 ATSG der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dasselbe gilt im Rahmen der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung für die Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich. Da die Beschwerdeführerin, wie sich aus Erwägung 7.2 ergibt, nach Ablauf des Wartejahres (Mai 2012) bis Ende August 2012 unfallbedingt in sämtlichen beruflichen Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig war, kann ohne weitere Erörterungen festgehalten werden, dass der Invaliditätsgrad im genannten Zeitraum 100 % betrug. Zu berücksichtigen ist, dass nach Art. 88a Abs. 1 IVV eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen ist, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Entsprechend hat die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 29. April 2015 die halbe Rente zu Recht bis zum 31. Dezember 2012 befristet. Für die Zeit danach steht nach dem Gesagten fest, dass die Versicherte unter Berücksichtigung des formulierten Zumutbarkeitsprofils

auch in ihrer angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, womit aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 27'141.-- und des gleich hohen Invalideneinkommens von Fr. 27'141.-- der von der IV-Stelle in der Verfügung vom 29. April 2015 ermittelte Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 0% resultiert. 10.1 Streitig und zu prüfen bleibt demnach die Einschränkung im Haushaltsbereich. 10.2.1 Zur Ermittlung der Einschränkung im Haushaltsbereich bedarf es im Regelfall einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV). Hinsichtlich des Beweiswertes des Abklärungsberichts sind – analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten (BGE 134 V 232 E. 5.1) – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Eine Haushaltsabklärung ist beweiskräftig, wenn sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der Beeinträchtigungen und Behinderungen hat, die sich aus den medizinischen Diagnosen ergeben. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (vgl. AHI-Praxis 2003 S. 218 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. April 2010, 9C_90/2010, E. 4.1.1.1). Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2008, 8C_107/2008, E. 3.2.1 mit Hinweis; BGE 128 V 93 f. E. 4). 10.2.2 Leidet die im Haushalt tätige Person (auch) an psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen, so gilt es zusätzlich zu berücksichtigen, dass die grundsätzliche Massgeblichkeit der Abklärungsberichte, auch wenn die erwähnten Anforderungen erfüllt wären, praxismässig eingeschränkt ist (vgl. AHI-Praxis 2001 S. 162 E. 3d mit Hinweis). Im Urteil vom 22. Dezember 2003 (I 311/03, in deutscher Übersetzung publiziert in: AHI-Praxis 2004 S. 137 ff.) hat das damalige EVG seine Rechtsprechung zur Bemessung der Invalidität von ganz oder teilweise im Haushalt tätigen Personen, welche an einem psychischen Gesundheitsschaden leiden, präzisiert (E. 5, insbesondere E. 5.3). Danach bildet die Abklärung im Haushalt auch hier grundsätzlich ein geeignetes Mittel zur Invaliditätsbemessung im Aufgabenbereich. Im Falle eines Widerspruchs zwischen den Ergebnissen der Abklärung vor Ort und den fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist den ärztlichen Stellungnahmen aber in der Regel mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2011, 9C_201/2011, E. 2). Diese prinzipielle Gewichtung hat ihren Grund darin, dass es für die Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008, 8C_671/2007, E. 3.2.1 mit Hinweisen). Für die Rechtsanwendung im konkreten Fall bedeutet dies, dass nach Massgabe der Kriterien, die von der Rechtsprechung entwickelt worden sind, der Beweiswert sowohl der medizinischen Unterlagen (BGE 125 V 352 E. 3) als auch des Haushaltsabklärungsberichts zu beurteilen ist. Liegen gleichermassen beweiskräftige Stellungnahmen vor, muss geprüft werden, ob die gemachten Aussagen vereinbar sind oder einander widersprechen. Bestehen Divergenzen zwischen den Ergebnissen der Haushaltsabklärung und den ärztlichen Feststellungen zur Fähigkeit der

versicherten Person, ihre Haushaltstätigkeiten trotz des psychischen Leidens noch verrichten zu können, ist der medizinischen Einschätzung prinzipiell höheres Gewicht beizumessen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007, I 373/06, E. 4.3.2 und vom 6. September 2004, I 249/04, E. 5.1.1). 10.3.1 Aus dem Haushaltsbericht geht hervor, dass anlässlich der Haushaltsabklärung sowohl die Situation berücksichtigt wurde, wie sie noch vor der Trennung der Versicherten von ihrem Ehemann im August 2013 bestand, als auch die aktuelle Situation. Aufgrund einer Gesamtwürdigung gelangte die Abklärungsperson vorliegend zum Schluss, dass die Versicherte in keinem der aufgeführten Bereiche im Haushalt eingeschränkt sei. Unter Berücksichtigung der medizinischen Unterlagen wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass die Versicherte mehr zu leisten imstande wäre, als sie effektiv mache bzw. ihrer Ansicht nach tun könnte, wobei im Rahmen der Schadensminderungspflicht die zumutbare Mithilfe der Familienangehörigen, namentlich des Ehemannes sowie insbesondere der Schwägerin, berücksichtigt wurde. 10.3.2. Bezüglich des Haushaltsberichts ist festzuhalten, dass er von einer qualifizierten Person in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse verfasst wurde. Der Berichtstext ist insgesamt schlüssig und nachvollziehbar und es wird angemessen detailliert begründet, wieso in den einzelnen Bereichen keine Einschränkung angerechnet werden kann. Wie sich aus dem in Erwägung 7.3 ff. Ausgeführten ergibt, entspricht das Gutachten der Dres. B. und C. den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten, weshalb darauf abgestellt werden kann. Dies gilt mithin auch für die Beurteilung der Einschränkung im Haushaltsbereich. Damit wendet die Beschwerdeführerin aber zu Unrecht ein, dass die Abklärungsperson die fehlende Einschränkung im Haushaltsbereich nicht habe gestützt auf die gutachterlichen Einschätzungen der Dres. B. und C. begründen dürfen. Allein durch diesen Umstand wird der Beweiswert der Haushaltsabklärung nicht in Frage gestellt und es rechtfertigt sich dadurch, entgegen ihrer Auffassung, auch keine neue Haushaltsabklärung. Dieses Vorgehen der Abklärungsperson ist denn auch in grundsätzlicher Hinsicht nicht zu beanstanden, stehen bei der vorliegenden Beurteilung der Invalidität der Versicherten doch die psychischen Leiden im Vordergrund. Wie vorstehend dargelegt (E. 10.2.2), ist es bei der Bemessung der psychisch bedingten Invalidität für die Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen, weshalb den fachärztlichen Stellungnahmen ohnehin mehr Gewicht einzuräumen ist, als einem Bericht über die Haushaltabklärung. Steht nach dem Gesagten gestützt auf die massgebenden medizinischen Unterlagen fest, dass im Haushaltsbereich keine Einschränkung angerechnet werden kann, so besteht folglich kein Anlass für eine Auseinandersetzung mit dem Vorbringen der Beschwerdeführerin betreffend die Schadensminderungspflicht des Ehemannes. 10.4 Insgesamt stellt der Abklärungsbericht demnach eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage dar. Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse sind keine ersichtlich. Auf die im Rahmen eines Subeventualbegehrens beantragten Abklärungen zur Einschränkung im Haushalt kann somit verzichtet werden. Die von der Beschwerdegegnerin festgestellte, fehlende Einschränkung im Haushaltsbereich ist daher nicht zu beanstanden.

E. 11

In Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung ergibt sich auf Grund des Gesagten in Berücksichtigung der zeitlichen Beanspruchung in den jeweiligen Bereichen (50% im Erwerbs- und 50% im Haushaltsbereich) für die Periode von Mai 2012 bis August 2012 bei einer Einschränkung im Haushaltsbereich von 0% (0.5 x 0%) und einer

solchen im Erwerbsbereich von 100% (0.5 x 100%) ein Invaliditätsgrad von 50%, womit, unter Berücksichtigung der Frist von drei Monaten nach Art. 88a Abs. 1 IVV, ein Anspruch auf eine halbe Rente bis zum 31. Dezember 2012 besteht. Für den Zeitraum danach (ab 1. Januar 2013) besteht angesichts der fehlenden Einschränkung im Erwerbs- und Haushaltsbereich kein Rentenanspruch mehr. Bei diesem Ergebnis ist die Beschwerde vom 1. Juni 2015 abzuweisen.

12.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. 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 zu auferlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 9. Juni 2015 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

12.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Beschwerdeführerin in der Verfügung vom 9. Juni 2015 die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für sein Bemühen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 (in der seit 1. Januar 2014 geltenden Fassung) beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 29. Oktober 2015 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 16 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 128.--. Dem Rechtsvertreter ist somit ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'594.25 (16 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 128.-- + 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. Demgemäss wird e r k a n n t :

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