

# **BL\_GERICHTE 720 20 207 / 100 vom 22. April 2021**

BL Gerichte, 2021-04-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_20\\_207\\_\\_\\_100](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_207___100)

FR: BL\_GERICHTE 720 20 207 / 100 du 22 avril 2021

IT: BL\_GERICHTE 720 20 207 / 100 del 22 aprile 2021

## **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, so dass 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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 25. Mai 2020 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Streitig ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. April 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. 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 anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). 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 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 nach 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).

3.3 Gemäss 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.

3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (vgl. BGE 128 V 29).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren 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 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.3 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 (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). 4.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden 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. Um festzustellen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, sind sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. 4.5 Nach der Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1) liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2).

## **E. 5**

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2). 6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind. 6.2 Am 16. November 2016 diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, einen Status nach HWS-Distorsionen am 29. April 2012 und 5. November 2012 mit schwerem Post-HWS-Distorsionssyndrom, prolongiertem Heilungsverlauf und Schmerzgeneralisierung, Verdacht auf eine milde Hirnverletzung (MTBI), persistierenden Gedächtnisstörungen, zervikothorakaler Torsionsskoliose, Schiefhaltung des Kopfs, rezidivierendem Schwindel und Übelkeit, Seh- und Hörstörungen, Tinnitus sowie einem schweren Panvertebralsyndrom. Zudem bestünden eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit Angst und Schlafstörung und schwerer psychovegetativer Erschöpfung, eine anhaltende posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit Flashbacks

in Bezug auf das Unfallereignis und rezidivierenden Albträumen im Rahmen von Traumatisierungen durch den Ehemann sowie ein myofaszielles Schmerzsyndrom der unteren Extremitäten bei Valgusachse, ISG-Blockade links, Druckdolenzen über den Achsenpunkten und positiven muskulären Triggerpunkten im Bereich der Glutealmuskulatur, der Adduktoren sowie der Hüftbeuger. Die Versicherte leide an den Folgen der HWS-Distorsionen im Jahr 2012, wobei die HWS-Beweglichkeit in sämtlichen Richtungen eingeschränkt sei. Es bestünden eine deutliche Endphasendolenz und segmentale Dysfunktionen, ausgeprägte muskuläre Dysbalancen mit positiven Triggerpunkten im Bereich der gesamten Nacken-Schultergürtelregion, eine deutliche Wirbelsäulenfehlhaltung mit Hohlrundrücken und akzentuierter zervikaler Hyperlordose, zudem eine lumbal rechtskonvexe Skoliose, ein Beckenschiefstand rechts und eine ISG-Blockade links, wodurch es funktionell zu Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule komme. Durch die anhaltende chronifizierte Schmerzproblematik und die massive psychosoziale Belastungssituation sei es zu einer depressiven Entwicklung mit aktuell mittelschwerer bis schwerer depressiver Episode sowie einer begleitenden Angst- und Panikstörung gekommen. Die PTBS habe sich chronifiziert. Im Rahmen des nunmehr erheblichen anhaltenden Leidensdrucks würden sich bei der Versicherten vermehrt neuropsychologische Störungen zeigen. Es bestünde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

6.3 Die Versicherte wurde vom 7. bis 22. Juni 2017 in der Klinik H.\_\_\_\_ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 30. Juni 2017 wurde als Hauptdiagnose eine PTBS (ICD-10 F43.1) mit depressiven Episoden aufgeführt. Zudem bestünden ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73), Probleme in Verbindung mit der Scheidungssituation (ICD-10 Z63), eine anhaltende Gewalterfahrung (ICD-10 Z63) bei altruistischer und abhängiger Persönlichkeitsstruktur, rezidivierende Panikattacken, ein Status nach einer HWS-Distorsion mit prolongiertem Heilungsverlauf und einer Schmerzgeneralisierung, differenzialdiagnostisch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), ein Panvertebralsyndrom, ein myofaszielles Schmerzsyndrom der unteren Extremität, ein chronischer Schmerzmittelabusus seit 2012, Spannungskopfschmerzen, ein Tinnitus und gastrointestinale Beschwerden. Die Versicherte sei in einem schlechten Zustand eingetreten. Es hätte sich eine ausgeprägte depressive Symptomatik mit Verlust der Vitalgefühle, der Freudfähigkeit und Sinnhaftigkeit gezeigt. Sie habe über Schmerzen am ganzen Körper, Schwindel und starke Lichtempfindlichkeit geklagt. Zudem habe sie unter Albträumen und schlechter Schlafqualität mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit gelitten. Es sei ihr schwer gefallen, Vertrauen zu fassen und Auskunft zu geben. Sie habe sich dann für einen frühen Austritt aus der Klinik entschieden. Während des Aufenthalts habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

6.4 Die IV-Stelle veranlasste bei der asim ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 9. Oktober 2017 erstattet wurde. Darin wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit ausgeprägter Symptomausweitung diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronisches Zervikozephalosyndrom, ein Status nach HWS-Distorsionen am 29. April 2012 und am 5. November 2012 mit prolongiertem Heilungsverlauf und Schmerzgeneralisierung und ein Verdacht auf eine MTBI bei retro- und anterograder Amnesie für das Unfallereignis vom 29. April 2012 sowie eine nicht quantifizierbare neuropsychologische Störung aufgrund einer wahrscheinlichen Aggravation. Die Versicherte habe am 29. April 2012 einen Autounfall erlitten, indem sie seitlich rechts mit einer Tunnelwand kollidiert sei.

Dokumentiert sei ein HWS-Distorsionssyndrom. Im Rahmen einer MR-tomographischen Untersuchung von Kopf, kraniozervikalem Übergang, HWS und Halsweichteilen vom 15. Juni 2012 sei eine Zerrung der intra- und supraspinalen Ligamente C6/C7 jeweils mit Ödem und Kontrastmittelenhancement beschrieben worden. Weitere radiologische Befunde bestünden nicht. Am 5. November 2012 habe sich ein weiterer Autounfall (Heckauffahrkollision) ereignet. Genauere Angaben dazu könne die Versicherte nicht machen. Trotz regelmässiger Therapie sei es zu keiner Verbesserung der Nackenschmerzen gekommen, hingegen zu einer Generalisierungstendenz. Aktuell klage die Versicherte über ständig vorhandene Schmerzen am ganzen Körper, eine starke Erschöpfung, Müdigkeit und Albträume wegen des Autounfalls im April 2012 und der häuslichen Gewalt. Eine strukturierte Anamneseerhebung sei kaum möglich gewesen und die klinische Untersuchung habe sich schwierig gestaltet. Ein rheumatologisches Krankheitsbild habe weder anamnestisch noch klinisch noch laborchemisch nachgewiesen werden können. Die ubiquitären Druckschmerzen, die oft schon auf Berührung hin ausgelöst worden seien, würden keinem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechen. Aus neurologischer Sicht könne die Diagnose eines chronischen Zervikozephalosyndroms gestellt werden, jedoch ohne Anhaltspunkte für ein zervikales radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom. Das Zervikozephalosyndrom sei Teil einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, welche gekennzeichnet sei durch eine ausgeprägte Symptomausweitung. Durch die HWS-Distorsion im Rahmen des ersten Autounfalls habe die Versicherte Schmerzen erlitten, die sich im weiteren Verlauf chronifiziert und über den ganzen Körper ausgeweitet hätten. Diese Entwicklung sei mit organischen Befunden allein nicht in Einklang zu bringen. Die Schmerzausweitung sei gekennzeichnet durch eine diffuse Symptombeschreibung und eine hohe Schmerzbewertung. Für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren spreche zudem die Tatsache, dass sämtliche bisher durchgeführten Behandlungen erfolglos geblieben seien. Das Ausmass der demonstrierten Behinderung sei im Vergleich zur klinischen Beurteilung nicht plausibel. Darüber hinaus hätte sich bei der Versicherten innerhalb der ersten Monate nach dem ersten Autounfall eine depressive Symptomatik entwickelt. Diese sei gekennzeichnet durch Konzentrationsstörungen, eine deprimierte Stimmungslage, Energiemangel, Insuffizienzgefühle sowie eine Antriebs- und Schmerzstörung. Die Symptomatik sei nie rückläufig gewesen und teilweise als schwer eingestuft worden. Insgesamt handle es sich um eine mittelgradige depressive Episode. Die von den behandelnden Ärzten gestellte Diagnose einer PTBS könne nicht bestätigt werden. Die Versicherte zeige keinerlei Vermeidungsverhalten. Viele Symptome einer PTBS seien zwar von der Versicherten undifferenziert bejaht worden. Die Symptomatik reiche aber insgesamt nicht aus, um die Diagnose stellen zu können. Die Versicherte müsse diesbezüglich möglicherweise erneut beurteilt werden. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung sei auch eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden. Die Versicherte habe sich aber nicht auf die Untersuchungssituation einlassen und die Sinnhaftigkeit der Abklärung erkennen können. Die Testung habe nicht vollständig durchgeführt werden können. Soweit prüfbar, würden sich Minderleistungen im Bereich der Aufmerksamkeit und der Exekutivfunktionen zeigen. Weiter sei das Arbeitstempo verbal und visuell-graphisch schwer vermindert und die Erfassungsspanne verbal und visuell stark reduziert. Schwer beeinträchtigt seien auch das verbale und visuelle Arbeitsgedächtnis. Die übrigen geprüften kognitiven Funktionsbereiche seien unauffällig. Das Antwortverhalten im Beschwerdevalidierungstest (Test of Memory Malingerung [TOMM]) sei auffällig. So

würden die Anzahl Falschantworten unter dem Zufallsniveau liegen, was als Hinweis auf intakte Gedächtnisleistungen und eine bewusste Beschwerdeverdeutlichung zu werten sei. Der Validierungstest habe abgebrochen werden müssen. Das Verhalten der Versicherten wirke überzeichnet und theatralisch. Die Konsistenz zwischen den Alltags- und Berufsaktivitäten und den Testbefunden könne nicht beurteilt werden. Die psychiatrischen und neurologischen Befunde könnten zwar grundsätzlich Einfluss auf die Kognition haben. Die Diagnosen könnten aber die sehr deutlichen Verhaltensauffälligkeiten während der neuropsychologischen Testung nicht hinreichend erklären. Es bestünde eine nicht quantifizierbare neuropsychologische Störung, wahrscheinlich bedingt durch Aggravation. Aus neurologischer und rheumatologischer Sicht bestünden keine fassbaren Funktionseinschränkungen. Hingegen sei die Versicherte aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben und in der Flexibilität, der Selbstbehauptungs- und der Kontaktfähigkeit zu Dritten eingeschränkt. Reduziert sei auch die Durchhaltefähigkeit, nicht nur durch die depressive Symptomatik, sondern auch durch die extreme Symptomausweitung und die in diesem Zusammenhang bestehende Selbstlimitierung und chronische Schmerzstörung. Die Versicherte benötige aufgrund der psychischen Symptomatik mehr Zeit, um berufliche Tätigkeiten durchführen zu können. Das eigenverantwortliche Arbeiten sei beeinträchtigt. Die chronische Schmerzstörung mit der deutlichen Symptomausweitung führe zu einer zusätzlichen deutlichen Einschränkung der funktionellen Fähigkeiten. Die Versicherte habe ihre ganze Lebensverantwortung an ihr persönliches Umfeld abgegeben und betrachte sich als nicht mehr leistungsfähig. Sie sei von der Persönlichkeit her unterwürfig angepasst. Als individuelle Belastungsfaktoren bestünden die Gewalterfahrungen durch den Ex-Ehemann. Aktuell seien kaum Ressourcen vorhanden. Die Versicherte liege quasi den ganzen Tag zu Hause, fühle sich in ihren Beschwerden gefangen und nicht in der Lage, irgendetwas zu tun. In der klinischen Untersuchung seien Inkonsistenzen festgestellt worden. So habe sich beispielsweise beim Prüfen der passiven Beweglichkeit der Hüftgelenke rechts eine eingeschränkte Flexion gezeigt, im Sitzen habe die Versicherte aber das Hüftgelenk problemlos flektieren können. Weiter habe sie in der rheumatologischen Exploration hyperventiliert, sich dann aber beruhigen lassen und die Praxis mit kleinen Schritten und fast zusammengekauert verlassen. Hernach sei sie aber zügig und mit aufrechter Haltung die Strasse entlang gegangen. Es hätten sich auch Inkonsistenzen aufgrund der Symptomausweitung gezeigt, wobei diese zum Krankheitsbild der Versicherten gehören würden. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration habe sie, nachdem sie auf die Arbeitsfähigkeit angesprochen worden sei, hyperventiliert. Die Hyperventilation habe aber schlagartig geendet, als der Gutachter die Aufmerksamkeit von der Versicherten genommen habe, indem er in einen Nebenraum gegangen sei. Zudem hätten sich im Rahmen der neuropsychologischen Testung deutliche Hinweise auf eine Aggravation ergeben. Ihr Verhalten habe überzeichnet gewirkt. Die Verhaltensauffälligkeiten könnten nicht hinreichend mit den psychiatrischen und den neurologischen Diagnosen begründet werden. Aufgrund der wahrscheinlichen Aggravation sei die Validität der neuropsychologischen Befunde nicht gegeben. Die mittelgradige depressive Episode führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, ebenso die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Aktuell bestünde im angestammten Beruf sowie in einer angepassten klar definierten und strukturierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Die depressive Symptomatik habe sich gemäss den vorliegenden Unterlagen über den Verlauf der letzten Jahre nicht verändert. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei unbedingt

fortzuführen und eine psychopharmakologische Behandlung zu diskutieren. Es sei unklar, inwieweit die Arbeitsfähigkeit durch geeignete medizinische Massnahmen gesteigert werden könne. 6.5 Am 24. November 2017 äusserte sich die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zum Gutachten der asim vom 9. Oktober 2017. Sie hielt zunächst fest, dass darin die Unfallereignisse und deren Folgen nicht hinreichend erfasst worden seien und der Vorwurf der Aggravation und der mangelnden Konsistenz nicht zutrefte. Sie erlebe die Versicherte als sehr angespannt, unter Druck und eingeengt in Bezug auf das Sorgerecht für ihren Sohn. Sie Sorge sich um ihre Zukunft und sei gekränkt und beschämt. Es bestünden ein ausgeprägtes Gedankenkreisen, Lichtempfindlichkeit, Schreckhaftigkeit und ausgeprägte Schlafstörungen. Sie habe heftige Albträume, ein Bedrohungsgefühl und Flashbacks. In Drucksituationen habe die Versicherte Atemnot und ein Globusgefühl. Sie sei vergesslich, verliere in der Sprechstunde immer wieder den Faden oder könne banale Daten nicht reproduzieren. Die affektive Problematik habe sich verstärkt und die Versicherte habe Suizidimpulse. Im Gutachten würden fremdanamnestic Angaben fehlen. Diese seien aber für die Beurteilung der Konsistenz unabdingbar. In diagnostischer Hinsicht stellte sie einen Status nach einer HWS-Distorsion mit schwerem Post-HWS-Syndrom, prolongiertem Heilungsverlauf und Schmerzgeneralisierung fest. Sodann diagnostizierte sie eine PTBS, eine anhaltende schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) und einen Verdacht auf eine abhängige und altruistische Persönlichkeitsstruktur. Die auffälligen neurokognitiven Testergebnisse seien aufgrund der Beobachtungen und Erzählungen im Rahmen der Therapie nachvollziehbar. Zudem sei die Versicherte ihren Störungen gegenüber äussert ambivalent, was zum verwirrenden Eindruck beigetragen haben könnte, den sie auf die Gutachter hinterlassen habe. Die Auffälligkeiten, die von den Gutachtern als theatralisch, überzeichnet und präsentierend wahrgenommen worden seien, seien krankheitsbedingt und hätten mit Aggravation im versicherungsrechtlichen Sinne nichts zu tun. Es sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten auszugehen. 6.6 Am 27. November 2017 diagnostizierte Dr. G.\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode mit relevanter Suizidalität, einen Status nach HWS-Distorsionen und ein myofasiales Schmerzsyndrom der unteren Extremitäten. Die Versicherte leide weiterhin an einer chronischen Schmerzsymptomatik und Bewegungseinschränkung sowie einer anhaltenden posttraumatischen Belastungs- und Angststörung. Diese werde derzeit durch die schwere psychosoziale Belastungssituation (Scheidung vom gewalttätigen Ehemann) verstärkt. Neben der chronifizierten und generalisierten Schmerzsymptomatik stünde zunehmend die psychische Situation mit nunmehr schwerer depressiver Episode und relevanter Suizidalität im Vordergrund. Diese führe zu zunehmendem Gedächtnisverlust, Wortfindungsstörungen und teilweise zu Realitätsverlust, was durch Angst- und Panikattacken zusätzlich verstärkt werde. Hinsichtlich der HWS bestünden eine deutliche Bewegungseinschränkung in sämtliche Richtungen mit deutlicher Endphasendolenz und segmentalen Dysfunktionen auf der Höhe C2/3 und C5/7 beidseits rechtsbetont bei gleichzeitiger ISG-Blockade rechts und Schmerzen entlang der myofaszialen Achsenpunkte, wobei die Fehlhaltung der HWS mit Kopfprotraktion und eine deutliche muskuläre Dysbalance des gesamten Nacken-Schultergürtels mit positiven Triggerpunkten im Vordergrund stünden. Die Schmerzen hätten sich inzwischen auch auf den Lumbalbereich und die unteren Extremitäten ausgeweitet im Sinne eines lumbospondylogenen Syndroms und eines myofaszialen Schmerzsyndroms der unteren Extremitäten. Aufgrund der schwer belasteten psychischen Situation sei es sehr schwer, die Versicherte in ein therapeutisches Konzept

einzubinden. Sie aggraviere aber nicht mutwillig. Vielmehr seien ihre Beschwerden im Rahmen der schweren depressiven Störung, der Angststörung und einer sich zuspitzenden psychosozialen Belastungssituation zu interpretieren. Aus rheumatologischer Sicht sei derzeit eine 100%ige IV-Berentung zu befürworten. 6.7 Am 13. September 2018 nahm der psychiatrische Gutachter zum Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 24. November 2017 Stellung. Er hielt fest, dass das auffällige Verhalten der Versicherten während der Begutachtung teilweise krankheitsbedingt sei. Sie habe aber auch aggraviert. Die von der behandelnden Psychiaterin festgestellte Diagnose einer PTBS habe im Rahmen der Begutachtung nicht verifiziert werden können. Zwar weise die Versicherte einige Symptome auf (z.B. Albträume). Weitere für die Diagnose notwendige Kriterien seien aber von der Versicherten völlig undifferenziert bejaht worden und könnten nicht gewertet werden. Dasselbe gelte für die Symptome einer MTBI bzw. eines möglichen organischen Psychosyndroms nach Schädeltrauma. Das von Dr. I.\_\_\_\_ bejahte schwere depressive Zustandsbild könne wegen des unvollständig abgebildeten psychopathologischen Befunds nach den Richtlinien der AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) vom 16. Juni 2016 nicht nachvollzogen werden. In der Untersuchung habe die Versicherte lediglich ein mittelgradiges depressives Zustandsbild gezeigt. Von Suizidalität habe sie sich klar und glaubhaft distanziert. Die Versicherte habe Einschränkungen in ihrem Funktionsniveau. Diese müssten aber relativiert werden. So zeige sie eine erhebliche Selbstlimitierung aufgrund der Symptomausweitung, darüber hinaus aber auch eine Aggravation, die sich zwar ebenfalls als Einschränkung der Leistungsfähigkeit abbilde, aber nicht krankheitsbedingt sei. Aufgrund der vorliegenden Inkonsistenzen liessen sich die Krankheitsbilder einer PTBS sowie einer MTBI nicht vollständig klären bzw. ausschliessen und könnten deshalb nicht beurteilt werden. Die Versicherte sei aber aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im Umfang von 50% in ihren funktionellen Fähigkeiten eingeschränkt. Es sei möglich, dass sie durch Symptome im Rahmen einer PTBS zusätzlich eingeschränkt sei. Dies liesse sich aber aufgrund der Symptomausweitung und der Aggravation der Versicherten in der Begutachtungssituation nicht ausreichend beurteilen. Dass sie, wie von der behandelnden Psychiaterin beschrieben, vollständig arbeitsunfähig sein soll, sei nicht nachvollziehbar. Für eine genauere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wäre ein Arbeitstraining durchzuführen. 6.8 Am 24. September 2018 nahm der rheumatologische Gutachter zum Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 27. November 2017 Stellung, wobei er festhielt, dass dieser keine neuen Aspekte enthalte. Der Vorwurf der behandelnden Psychiaterin, wonach er die klinischen Befunde und diejenigen der Bildgebung sowie die Berichte der behandelnden Ärzte übergangen habe, treffe nicht zu. 6.9 Am 20. November 2018 nahm der RAD Stellung. Er hielt fest, dass sich aus versicherungsmedizinischer Sicht die krankheitsbedingten und die real vorhandenen Funktionseinschränkungen nicht mit Sicherheit von den aggravatorisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten trennen und zuordnen liessen, weshalb eine valide Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit nicht präzise möglich sei. Zudem habe der psychiatrische Gutachter bei der Beurteilung des Fähigkeitsstatus nach Mini-ICF-APP die Ratingregeln nicht eingehalten. Eine krankheitsbedingte Funktions- und Arbeitsunfähigkeit sei nicht objektivierbar. 6.10 Am 14. Mai 2019 fand eine Besprechung zwischen dem Rechtsdienst der IV-Stelle und dem RAD statt. Dabei wurde auf die RAD-Stellungnahme vom 20. November 2018 verwiesen und festgehalten, dass die Angaben der Versicherten auffällig seien und von einer deutlichen Aggravation auszugehen sei. Der psychiatrische Gutachter habe zwar mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Störung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert und sehe in diesem Rahmen auch die Symptomausweitung teilweise begründet. Wegen der deutlichen Aggravation und der zahllosen Inkonsistenzen seien aber aus Sicht des RAD die funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten psychischen Störungen nicht bewiesen. Es könne keine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Die im psychiatrischen Teilgutachten erhobenen Einschränkungen könnten nicht klar von Selbstlimitierung und Aggravation getrennt werden, was den diagnostizierten Schweregrad der Depression relativiere. Sodann seien die Therapieoptionen nur teilweise wahrgenommen worden, weshalb der subjektive Leidensdruck als gering angesehen werden müsse.

6.11 Mit E-Mail an den Rechtsvertreter der Versicherten vom 30. September 2019 hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass der rheumatologische Gutachter die multilokuläre Druckschmerzhaftigkeit zervikal-betont korrekt beschrieben habe. Er sei aber nicht auf die ausgeprägte Wirbelsäulenfehlhaltung und die daraus resultierenden muskulären Dysbalancen eingegangen. Ob die Waddelzeichen tatsächlich als positiv bewertet werden könnten, sei diskutabel. Sie seien aber sicher nicht im Sinne eines aufgesetzten Schmerzgebarens, sondern vielmehr im Rahmen der gesamten psychiatrischen Komorbidität zu werten.

6.12 Die Versicherte wurde am 7. und 8. November 2019 in der Klinik H.\_\_\_\_ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 5. Dezember 2019 wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), eine PTBS (ICD-10 F43.1), ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), eine gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis (ICD-10 K21.0) und andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engen Familienkreis (ICD-10 Z63) diagnostiziert. Die Versicherte sei wegen akuter Suizidalität auf die geschützte Station der Psychiatrie F.\_\_\_\_ verlegt worden.

6.13 Im Austrittsbericht der Psychiatrie F.\_\_\_\_ vom 2. Januar 2020 wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis (ICD-10 K21.0) und andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engen Familienkreis (ICD-10 Z63) diagnostiziert. Bei der Versicherten hätten sich initial eine starke depressive Verstimmung mit starker Einengung auf die eigene Hoffnungslosigkeit und Insuffizienzerleben, Ängste mit agora- und sozialphobischem Charakter sowie akustische Halluzinationen mit imperativen, zu Suizidhandlungen auffordernden Stimmen gezeigt. Zudem sei eine Exazerbation der Schmerzsymptomatik aufgetreten. Nach Neuinstallation resp. Umstellung der Medikation habe sich der Zustand der Versicherten gebessert. Am 13. Dezember 2019 sei sie stabil und ohne Anhalt auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung aus der Klinik entlassen worden.

6.14 Das RAV beauftragte das Kompetenzzentrum D.\_\_\_\_ mit einer Abklärung der Arbeitsfähigkeit. Im Bericht vom 30. Juli 2020 wurde keine (beurteilbare) Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Die Versicherte habe sich stark leidend und massiv eingeschränkt präsentiert. Wegen der fehlenden Mitwirkung der Versicherten hätten keine fundierte Berufs- und psychiatrische Anamnese erhoben werden können. Das berichtete Beschwerdebild bleibe diffus. Zudem habe die Versicherte in den Gesprächen aggraviert, was eine psychiatrische Störung nicht ausschliesse, aber auch nicht eindeutig identifizieren lasse. Aufgrund der vorliegenden Informationen sei aus psychiatrischer Sicht eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich.

6.15 Am 28. Juli und 12. August

2020 hielt der RAD fest, dass die Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 30. September 2019 das rheumatologische Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen vermöge. Es handle sich um eine differente Beurteilung desselben Gesundheitszustands, wobei er gegenwärtig sogar eine Besserung der Wirbelsäulenfunktion beschreibe. Mit dem asim-Gutachten würden genügend Hinweise/Beweise für Inkonsistenzen und Aggravation vorliegen, die als Ausschlussgründe gewertet werden müssten. Demgegenüber würden die behandelnden Ärzte aus den subjektiven Beschwerden unkritisch schwerwiegende psychische Störungen ableiten, die aber gutachterlich nicht hätten bestätigt werden können.

6.16 Im Bericht der Psychiatrie F.\_\_\_\_ vom 15. April 2021 wurde festgehalten, dass sich die Versicherte seit dem 25. Februar 2021 in tagesklinischer Behandlung befinde. Es wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63), ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73), aktenanamnestisch eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis (ICD-10 K21.0), ein Status nach laparoskopischer Cholezystektomie und nach HWS-Distorsion mit Schmerzgeneralisierung, Tendomyosen, ein myofasiales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, ein Tinnitus und ein chronischer Schmerzmittelabusus diagnostiziert. Die Versicherte scheine sich über Jahrzehnte für die Arbeit und die Familie aufgeopfert zu haben. Aktuell scheine die Aufopferung mit resultierender Selbstaufgabe bzw. Selbstüberforderung bis hin zu einem ausgeprägten Erschöpfungssyndrom sowie depressiven Dekompensationen und Schmerzen zu führen. Die interaktionelle Problematik sei im Rahmen der kulturellen Werte zu reflektieren und die Persönlichkeitsthematik kritisch zu prüfen, da diese für die aktuelle Problematik ursächlich erscheine. Zusätzliche Belastungsfaktoren, wie die soziale Situation (Abhängigkeit vom Ehemann, Enttäuschung in der Beziehung, Erkrankung des Sohnes) und die Traumaanamnese (häusliche Gewalt, zwei Unfälle) schienen die Bewältigungsstrategien der Versicherten zu überfordern. Zumindest phasenweise könnte es zu einer PTBS-Symptomatik gekommen sein. Eine sorgfältige Abklärung sei indiziert. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sollte durch eine Gutachterperson mit traumadiagnostischer Erfahrung beurteilt werden.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 20. April 2020 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf das zitierte Gutachten der asim vom 9. Oktober 2017. Sie ging gestützt auf die hierzu ergangenen RAD-Stellungnahmen vom 20. November 2018 und 14. Mai 2019 davon aus, dass sich die krankheitsbedingten und real vorhandenen Funktionseinschränkungen nicht von den aggravatorisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten trennen liessen, weshalb eine valide Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich und der Rentenanspruch wegen Vorliegens eines Ausschlussgrunds abzulehnen sei. Wie oben (vgl. E. 4.3 hiervor) dargelegt, 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. Solche Indizien liegen keine vor. Das Gutachten der asim vom 9. Oktober 2017 erfüllt sowohl in formeller als auch in inhaltlicher Hinsicht die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Die Gutachter hatten Kenntnis von

sämtlichen medizinischen Vorakten, sie setzten sich in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründeten die Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. In inhaltlicher Hinsicht vermag sodann zu überzeugen, dass die Versicherte aus rein rheumatologischer und neurologischer Sicht keine (fassbaren) Funktionseinschränkungen resp. relevante Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit aufweist, indes aufgrund der mittelschweren depressiven Episode und der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen ist. Insgesamt bestehen keine Anhaltspunkte, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen nicht lege artis erfolgt wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C\_410/2016, E. 2.2.1 mit Hinweis, in: SVR 2016 IV Nr. 53 S. 178). 7.2 Soweit die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung des RAD davon ausgeht, dass sich die krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen nicht von den aggravatorischen Verhaltensauffälligkeiten trennen liessen und eine valide Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei, kann ihr nicht beigeplichtet werden. Zwar stellte (auch) der psychiatrische Gutachter ein auffälliges Verhalten der Versicherten während der Begutachtung fest. Er legte aber differenziert und nachvollziehbar begründet dar, weshalb eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende mittelgradige depressive Episode sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu bejahen und das auffällige Verhalten der Versicherten teilweise krankheitsbedingt ist. Dabei zeigte er schlüssig auf, dass sich die funktionellen Einschränkungen durch die Merkmale einer mittelgradigen depressiven Störung, namentlich durch eine Beeinträchtigung der Konzentration und der Stimmung, Energiemangel, Insuffizienzgefühle sowie durch Antriebs- und Schlafstörung manifestieren. Die Versicherte sei gemäss den Erkenntnissen des Gutachters in der Planung und Strukturierung von Aufgaben und in der Flexibilität sowie in der Selbstbehauptungs- und Kontaktfähigkeit zu Dritten einschränkt. Zudem erachtete er die Durchhaltefähigkeit als beeinträchtigt und legte nachvollziehbar dar, dass die chronische Schmerzstörung v.a. im Zusammenhang mit der ausserordentlichen Symptorausweitung zu einer deutlichen Einschränkung der funktionellen Fähigkeiten führt. Damit ist eine verselbstständigte Gesundheitsschädigung ausgewiesen. Soweit der RAD diese Beurteilung in Frage stellt und davon ausgeht, dass sich die krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen nicht von den aggravatorischen Verhaltensauffälligkeiten trennen liessen, ist dem entgegenzuhalten, dass er die Beschwerdeführerin nicht selbst persönlich untersucht hatte und zudem nicht differenziert aufzeigt, weshalb die Erkenntnisse aus der psychiatrischen Begutachtung nicht zutreffen. Daher vermag seine abweichende Einschätzung der medizinischen Sachlage die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen. Offenbar war es diesem - trotz des Verhaltens der Beschwerdeführerin - möglich, die krankheitswertige psychische Störung zu erkennen und deren Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit zu beurteilen. Zu beachten ist ferner, dass das Vorliegen von Aggravation rechtsprechungsgemäss nicht automatisch zur Bejahung eines Ausschlussgrunds resp. zur Verneinung jeglicher versicherten Gesundheitsschädigung führt, sondern nur insoweit, als die Leistungseinschränkung auf der Aggravation beruht (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1 mit Hinweis) oder als deren Folge nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9C\_659/2017, E. 4.4 mit Hinweis u.a. auf BGE 138 V 218 E. 6). Letzteres gilt vorliegend (lediglich) für die vom psychiatrischen Gutachter als möglich erachteten, aber aufgrund der

Symptomausweitung und der Aggravation der Versicherten nicht abschliessend beurteilbaren zusätzlichen Symptome im Rahmen einer PTBS und/oder einer MTBI. Die Tatsache, dass der psychiatrische Gutachter diesbezüglich keine abschliessende Beurteilung vornehmen konnte und (mögliche) weitere Beschwerdebilder in seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausklammerte, tut aber der Beweiskraft seiner Expertise keinen Abbruch. Vielmehr ist aufgrund seiner überzeugenden Angaben davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin eine krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 50% aufweist. 7.3 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin sind ebenfalls nicht geeignet, das vorstehende Beweisergebnis in Frage zu stellen. Wenn sie sich auf die abweichende Beurteilung der behandelnden Ärzte beruft und geltend macht, das asim-Gutachten sei nicht verwertbar, da die Gutachter den Schweregrad der Beeinträchtigungen und die Ressourcen nicht zutreffend erfasst hätten, ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Weiter ist zu beachten, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern der Gutachter - wie hier - lege artis vorgegangen ist. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2018, 8C\_874/2017, E. 5.2.2). Vorliegend fällt aber entscheidend ins Gewicht, dass es den Gutachtern wegen des aggravatorischen Verhaltens der Beschwerdeführerin anlässlich der Explorationen nicht möglich war, deren Gesundheitszustand vollständig zu erfassen. Diesbezüglich hat die Beschwerdeführerin selbst die Ursache gesetzt, dass allfällige weitere Beeinträchtigungen nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sind. Diese Beweislosigkeit geht zu Lasten der Beschwerdeführerin (vgl. BGE 141 V 281 E. 6). Die gegenteilige Auffassung ist nicht stichhaltig. Wenn sie die im Gutachten klar bejahte Aggravations- oder Simulationstendenz unter Hinweis auf die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte bestreitet, kann ihr unter Mitberücksichtigung der Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Arztpersonen bzw. Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5), nicht gefolgt werden. Jedenfalls vermögen die abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte die Beurteilung im Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Hinweise darauf, dass der psychiatrische Gutachter den massgeblichen Sachverhalt nicht zutreffend erfasste, sind nicht ersichtlich. Neuere fachärztliche Berichte, die im hier zu beurteilenden Zeitraum bis 20. April 2020 nach der Begutachtung durch die asim eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands beschreiben würden oder an den Feststellungen im aktuellen Gutachten Zweifel zu begründen vermögen, liegen ebenfalls nicht vor. Zwar wurde im Bericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2019 und im Bericht der Psychiatrie F.\_\_\_\_ vom 2. Januar 2020 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), diagnostiziert. Nach den Angaben der behandelnden Ärzteschaft konnte aber der Gesundheitszustand der Versicherten nach der

stationären Behandlung resp. nach Neuinstallierung resp. Umstellung der Medikation innerhalb weniger Wochen verbessert werden. Es kommt hinzu, dass im Rahmen der Abklärung durch das Kompetenzzentrum D.\_\_\_\_ (Bericht vom 30. Juli 2020) wegen der fehlenden Mitwirkung und dem aggravatorischen Verhalten der Versicherten keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit möglich war, was gegen eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands spricht und einen validen Vergleich mit dem Gesundheitszustand, wie er sich anlässlich der Begutachtung durch die asim präsentierte, verunmöglicht. Der rund ein Jahr nach Verfügungserlass datierende Bericht der Psychiatrie F.\_\_\_\_ vom 15. April 2021 kann in diesem Verfahren nicht berücksichtigt werden (vgl. E. 2 hiervor). Eine allfällige zwischenzeitliche Verschlechterung des Gesundheitszustands wäre im Rahmen einer Revision zu beurteilen. Bei dieser Sach- und Rechtslage kann in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragten weiteren Abklärungen verzichtet werden. 8.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.4 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174), welcher gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG auf den 1. Mai 2017 (Beginn des Wartejahrs: April 2012; vgl. E. 6.4 hiervor) zu liegen kommt. Für den nachfolgend durchzuführenden Einkommensvergleich sind demnach die in diesem Zeitpunkt gegebenen Einkommensverhältnisse massgebend. 8.2.1 Bei der Ermittlung des ohne Invalidität erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b) als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Massgebend ist, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Weiterentwicklung, soweit hiefür hinreichend konkrete Anhaltspunkte bestehen, zu erwarten gehabt hätte (vgl. BGE 96 V 29; ZAK 1985 S. 635 E. 3a sowie RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. E. 3b). Da im Gesundheitsfall erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit in der Regel weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 101 E. 3b am Ende; vgl. auch ZAK 1990 S. 519 E. 3c). 8.2.2 Die Versicherte arbeitete zuletzt vom 1. Oktober 2001 bis 31. März 2013 als Pflegerin (Pensum 50%) im Alterszentrum B.\_\_\_\_ in X.\_\_\_\_. Zudem arbeitete sie vom 1. November 2009 bis 30. September 2014 ebenfalls mit einem 50%-Pensum im Büro des Unternehmens ihres Ehemanns, der C.\_\_\_\_ GmbH in Y.\_\_\_\_. Da aufgrund der Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass sie im Gesundheitsfall die bisherigen Tätigkeiten weitergeführt hätte und bei der Bemessung des Valideneinkommens entscheidend ist, was eine versicherte Person als Gesunde überwiegend wahrscheinlich tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (vgl. BGE 131 V 51 E. 5.1), ist das Valideneinkommen aufgrund der Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberinnen zu bemessen. Als Pflegerin erzielte die Versicherte seit 1. November 2011 einen Verdienst von Fr. 35'279.25 (vgl. Jahreslohnkonto 2011 [act. 22] und IK-Auszug [act. 10]). Unter Berücksichtigung einer Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2017 (+0,3% [2012], +0,4% [2013], +0,0% [2014], +0,3% [2015], +0,7% [2016], +0,2% [2017]; vgl. BFS T1.2.10 Nominallohnentwicklung Frauen 2011-2019, Wirtschaftszweig

86-88) resultiert ein Einkommen von Fr. 35'954.40. Zudem hätte die Versicherte bei der C.\_\_\_\_ GmbH ein Jahreseinkommen von Fr. 31'850.-- erzielt (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende vom 17. Januar 2017; act. 32), weshalb das massgebende Valideneinkommen Fr. 67'804.40 (Fr. 35'954.40 + Fr. 31'850.--) beträgt. 8.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturserhebungen (LSE) herangezogen werden (vgl. BGE 143 V 295 E. 2.2). Beansprucht eine versicherte Person eine Rente, ist sie kraft Schadenminderungspflicht gehalten, die Restarbeitsfähigkeit so gut als möglich zu verwerten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2009, 9C\_733/2008, E. 4.2). 8.3.2 Der Versicherten ist es nach der massgebenden Beurteilung im asim-Gutachten zumutbar, im angestammten Beruf (angelernte Pflegehelferin) ein 50%-Pensum auszuüben, weshalb das Invalideneinkommen aufgrund der LSE 2016 Tabelle TA 1\_triage\_skill\_level, Wirtschaftszweig 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen) zu bestimmen ist. Demnach belief sich der Zentralwert für die im Anforderungsniveau 1 beschäftigten Frauen im Jahr 2016 auf Fr. 4'636.--. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden im Wirtschaftszweig 86-88 (vgl. BFS, T 03.02.03.01.04.01) einer Nominallohnentwicklung von 0,2% im Jahr 2017 (vgl. BFS Nominallohnindex, Frauen 2016-2019, T1.2.15, Wirtschaftszweig 86-88) und einem Pensum von 50% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 28'986.50 (Fr. 4'636.--:  $40 \times 41,6 \times 12 \times 100,2\% \times 50\%$ ). 8.3.3 Die Beschwerdeführerin verlangt aufgrund der krankheitsbedingt wiederkehrenden und nicht voraussehbaren Absenzen am Arbeitsplatz, dem erhöhten Einarbeitungsaufwand und den Nachteilen von invaliden Personen auf dem Arbeitsmarkt eine Reduktion des Invalideneinkommens um 10%. 8.3.4 Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2017, 8C\_114/2017, E. 3.1). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2). 8.3.5 Wie sich aus der Zumutbarkeitsbeurteilung im massgebenden Gutachten der asim vom 9. Oktober 2017 ergibt, wurden die gesundheitlichen Beschwerden und die damit verbundene beeinträchtigte Leistungsfähigkeit der Versicherten bereits durch die Annahme eines reduzierten Arbeitspensums im Umfang von 50% berücksichtigt. Eine zusätzliche Veranschlagung

dieser Einschränkungen unter dem Titel des leidensbedingten Abzugs im Sinne von BGE 126 V 75 würde zu einer unzulässigen doppelten Anrechnung desselben Faktors führen. Die weiteren Kriterien (Alter, Dienstjahre, Beschäftigungsgrad und Nationalität/Aufenthaltskategorie) rechtfertigen vorliegend keinen Abzug. 8.4 Aus einer Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 67'804.40 und des Invalideneinkommens von Fr. 28'986.50 resultiert ein Invaliditätsgrad von rund 57%, was unter Berücksichtigung von Art. 29 Abs. 1 IVG und der Anmeldung zum Leistungsbezug am 14. November 2016 ab 1. Mai 2017 Anspruch auf eine halbe Rente gibt.

#### **E. 9**

Die Beschwerdeführerin beantragt die Ausrichtung von Verzugszinsen im Umfang von 5% ab 1. Mai 2019. Gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG werden die Sozialversicherungen, sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig. Vorliegend ist der Rentenanspruch am 1. Mai 2017 entstanden. In Anwendung von Art. 26 Abs. 2 ATSG hat dies zur Folge, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die rückwirkend nachzuzahlenden Rentenleistungen ab 1. Mai 2019 mit 5% zu verzinsen hat.

#### **E. 10**

Im Ergebnis ist die Beschwerde vom 25. Mai 2020 demnach in dem Sinne teilweise gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 20. April 2020 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2017 Anspruch auf eine halbe Rente zuzüglich Zins von 5% ab dem 1. Mai 2019 auf den ausstehenden Rentenleistungen hat. 11.1 Es bleibt, über die Kosten zu befinden. 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. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen eine Parteiverhandlung durchgeführt wurde, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 1'000.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend hat die IV-Stelle als unterliegende Partei die Verfahrenskosten zu tragen. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 1'000.-- zurückerstattet. 11.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Fraglich ist, ob die Parteientschädigung allenfalls wegen bloss teilweisen Obsiegens zu reduzieren ist. In diesem Zusammenhang ist vorab klarzustellen, dass es bundesrechtswidrig wäre, die Parteientschädigung ausschliesslich nach dem anteilmässigen Prozesserfolg zu bemessen. Mit einem solchen Vorgehen würde in unzulässiger Weise von den bundesrechtlichen Bemessungskriterien der "Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses" (Art. 61 lit. g Satz 2 ATSG) abgewichen (vgl. BGE 117 V 407 E. 2c). Gegen eine Reduktion der Parteientschädigung wegen bloss teilweisen Obsiegens sprechen zudem folgende Überlegungen: Die Beschwerdeführerin hätte sich damit begnügen können, in ihren Rechtsbegehren die Zusprechung einer Rente zu verlangen (vgl. BGE 101 V 223 E. 4). In diesem Fall wäre der Prozesserfolg nicht anteilmässig quantifizierbar und der Beschwerdeführerin würde wegen Obsiegens eine volle Parteientschädigung zugesprochen (vgl. BGE 117 V 406 E. 2b). Zu beachten ist

sodann, dass praxisgemäss selbst dann eine volle Parteientschädigung ausgerichtet wird, wenn das kantonale Gericht in einem Rentenverfahren keinen materiellen Entscheid trifft, sondern die Sache zu ergänzender Abklärung und anschliessender Neu Beurteilung an den Versicherungsträger zurückweist (vgl. BGE 117 V 406 f. E. 2b mit Hinweisen).

Berücksichtigt man diese Überlegungen, so rechtfertigt es sich, der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren eine volle Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 21. April 2021 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 21 Stunden und 25 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen, des doppelten Schriftenwechsels und der Parteiverhandlung angemessen ist. Dieser Aufwand ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 200.30. Somit ist der Beschwerdeführerin für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'982.15 (21,42 Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 200.30 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 20. April 2020 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2017 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 2. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat die rückwirkend nachzuzahlenden Leistungen mit Wirkung ab 1. Mai 2019 zu 5% pro Jahr zu verzinsen. 3. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 1'000.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. 4. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 1'000.-- zurückerstattet. 5. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'982.15 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) auszurichten. Gegen diesen Entscheid hat die IV-Stelle am 23. August 2021 Beschwerde erhoben (siehe nach Vorliegen des Urteils des Bundesgerichts: 8C\_548/2021).

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