

BL_GERICHTE 720 22 143 / 66 vom 28. Mai 2019

BL Gerichte, 2019-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_22_143___66

FR: BL_GERICHTE 720 22 143 / 66 du 28 mai 2019

IT: BL_GERICHTE 720 22 143 / 66 del 28 maggio 2019

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 der Versicherten vom 23. Mai 2022 ist demnach einzutreten.

E. 2

Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung der Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2022 Anwendung. Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 betrifft, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009). Die Bestimmungen werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

E. 3

Es ist zu prüfen, ob die Vorinstanz zurecht den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine höhere Invalidenrente verneint hat.

E. 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).

E. 3.2

Nach Art. 6 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).

E. 3.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 3.4

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.

E. 3.5

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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungsoder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29). 4.1 Um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person beurteilen zu können, 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 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 4.2 Sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigengutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Demgegenüber kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zwar nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, praxismässig haben sie aber nicht dieselbe Beweiskraft wie ein gerichtliches oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.3, 135 V 465 E. 4.4 und 4.7). 5.1. Die Versicherte war infolge einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) vom 28. Mai 2018 bis 31. Januar 2019 100 % arbeitsunfähig. In dieser Zeit hielt sie sich zweimal stationär in der H. auf und zwar vom 28. Juni 2018 bis 7. August 2018 sowie vom 12. Oktober 2018 bis 15. November 2018. Die Zuweisung erfolgte durch ihren Hausarzt. Auslöser der psychischen Krise war eine psychosoziale Belastungssituation mit drohender Trennung vom Ehemann. Aus dem Austrittsbericht vom 28. August 2018 geht hervor, dass die Versicherte schon seit Herbst 2017 unter einer psychosozialen Belastungssituation im Rahmen einer ehelichen Krise sowie unter der beruflichen Belastung als Verkäuferin litt. Behandlungsziele waren die psychische Stabilisierung und die Stärkung des Selbstwertes. Bei Austritt lag eine deutlich gebesserte Symptomatik vor. Der zweite stationäre Aufenthalt erfolgte aufgrund der nunmehr eingetretenen Trennungssituation. Diagnostiziert wurde erneut eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Gemäss Austrittsbericht vom 15. November 2018 fiel die Versicherte durch Unruhe, Angst, Erschöpfung und Schlafstörungen auf. In den

einzeltherapeutischen Sitzungen seien trennungsspezifische Themen angesprochen worden wie die Wohnungssituation, die Finanzen sowie das Sorgerecht für den Sohn. Die Versicherte sei in diesen Themen teilweise hilflos und es sei ihr schwergefallen, sich von den Forderungen des Ehemannes zu distanzieren und für ihre Rechte und Belange einzustehen. 5.2. Im Rahmen der Neuanmeldung im November 2019 reichten Dr. med. I. , FMH Allgemeine Innere Medizin, und dipl. psych. J. , Fachpsychologe für Psychotherapie, einen Bericht vom 28. Januar 2020 ein. Die Versicherte sei vom 9. Januar 2018 bis 21. November 2018 bei ihnen in Behandlung gewesen und erneut seit dem 14. April 2019. Als Diagnosen stellten sie eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) und eine Angststörung (ICD-10 F43). Die Versicherte weise eine abhängige Grundpersönlichkeit aus, die sich destruktiv und damit "krankheitssymptomerzeugend" vor allem in den partnerschaftlichen Beziehungen auswirke. Aufgrund der Interdependenz von dysfunktionalen innerpsychischen Mustern und chronischen externen Stressoren habe die Versicherte ein Erschöpfungssyndrom und ein Angst- und Vermeidungssyndrom mit depressiven Aspekten entwickelt. Sie sei aber motiviert, ihre dysfunktionalen psychischen Muster therapeutisch zu modifizieren. Bei entsprechendem Durchhaltevermögen werde sie weitgehend genesen und in einem engdefinierten Rahmen wieder arbeiten können. Sie sei auf einem guten Weg zu einer nachhaltigen psychischen Stabilisierung, benötige aber weiterhin eine psychotherapeutische Begleitung. Aktuell sei eine Arbeitsfähigkeit nicht gegeben. 5.3 Dr. med. K. , FMH Allgemeine Innere Medizin, betreut die Versicherte hausärztlich seit dem 4. August 2001. Infolge der ehelichen Belastungssituation im Jahr 2018 sei die Versicherte in eine depressive Episode mit anschliessender Erschöpfungsdepression abgerutscht. Trotz der fachpsychologischen Therapie bei J. habe sich die Situation nur unwesentlich verändert. Eine erneute Beziehung zu einem Mann habe unlängst wieder zu einer herben Enttäuschung geführt, was die Versicherte zurückgeworfen habe (Bericht vom 14. Juni 2020). Die seit 1. März 2019 attestierte 100 % Arbeitsunfähigkeit bestätigte Dr. K. mit Verlaufsbericht vom 10. November 2020. 5.4 Dr. I. und Fachpsychologe J. äusserten sich am 1. Dezember 2020 über den Verlauf. Als Diagnosen nannten sie weiterhin eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) sowie eine Angststörung (ICD-10 F43). Die psychische Problematik sei unverändert. Die Versicherte sei aber weiterhin bestrebt, die Situation therapeutisch anzugehen. Dieser Prozess werde allerdings aufgrund der starken und früh in ihrer Biographie erworbenen autodestruktiven Erlebens- und Verhaltensweisen beziehungsweise aufgrund tiefsitzender, dysfunktionaler mentaler Schemata geraume Zeit in Anspruch nehmen.

E. 6

Zur vertieften Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten beauftragte die IV-Stelle Dr. B. mit der psychiatrischen Begutachtung. In ihrem Gutachten vom 29. August 2021 nannte Dr. B. als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei ausgeprägten, abhängigen und selbstunsicheren Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.0) bei Status nach Putzzwang sowie bei anhaltenden psychosozialen Belastungsfaktoren. Aufgrund der Wechselwirkungen liege ein deutlich protrahierter Verlauf vor. Zwar hätten Persönlichkeitszüge per se keinen Krankheitswert, diese könnten aber den Verlauf einer Erkrankung mit beeinflussen, was vorliegend der Fall sei. Einfluss auf die Krankheit hätten ferner die depressive Episode aufrechterhaltenden psychosozialen Belastungsfaktoren wie das laufende Scheidungsverfahren und die damit zusammenhängenden finanziellen Unsicherheiten. Hinzu komme, dass die Versicherte bisher nur unzureichend antidepressiv behandelt worden sei. Von den behandelnden Fachpersonen gross abweichende diagnostische

Erkenntnisse gebe es ihrerseits nicht. Mit der versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. med. L., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Januar 2019 stimme sie ebenfalls überein, diagnostizierte er doch eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0 / 32.1). Als ergänzendes testpsychologisches Verfahren sei im Rahmen der gutachterlichen Abklärung ein BDI II (Beck-Depressions-Inventar [Instrument zur Beurteilung der Schwere der Depression]) durchgeführt worden. Die Versicherte habe eine relativ hohe Punktzahl erreicht, die – im Gegensatz zur gutachterlichen diagnostischen Erkenntnis – eine schwere depressive Symptomatik vermuten lasse. Die Differenz der Ergebnisse sei dadurch begründet, dass die subjektive Wahrnehmung der Versicherten von der objektiven Befundermittlung aus versicherungspsychiatrischer Sicht abweiche. Im Sinne der Vollständigkeit seien die akzentuierten Persönlichkeitszüge gegenüber der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 abzugrenzen. Die ICD-10 F60 definiere Persönlichkeitsstörungen als "tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Sie verkörperten gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu andern. Solche Verhaltensmuster seien meistens stabil und bezögen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und psychologische Funktionen. Häufig gingen sie mit einem unterschiedlichen Ausmass persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher." Ein solches stabiles Verhaltensmuster, das unterschiedliche Lebensbereiche beeinflusse, könne bei der Versicherten nicht objektiviert werden. Es gebe auch keine Hinweise in der Anamnese, die die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung begründen könnten. Die Versicherte stamme aus unauffälligen familiären Verhältnissen. Die Schulzeit sei ohne Komplikationen verlaufen. Sie sei auch in der Lage gewesen, ihre berufliche Ausbildung als Verkäuferin abzuschliessen. Die abhängigen und selbstunsicheren Persönlichkeitszüge machten sich insbesondere in der zweiten Ehe bemerkbar. Diesbezüglich beschreibe die Versicherte eine starke Abhängigkeit von ihrem Ehemann; dieser habe "für sie gedacht und entschieden". In anderen Lebensbereichen hätten keine Einschränkungen erfasst werden können, die auf das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung hindeuten würden. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung habe es auch keine Anhaltspunkte für andere psychiatrische Diagnosen gegeben. Insbesondere habe keine Angstsymptomatik objektiviert werden können, die der Diagnose einer Angststörung gemäss ICD-10 entspreche. Panikattacken seien von der Versicherten nicht angegeben worden. Die bestehende Zukunftsangst sei im Rahmen der depressiven Symptomatik zu interpretieren. Die Versicherte befinde sich seit Januar 2018 mit einem Unterbruch von November 2018 bis April 2019 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung bei einem Psychologen. Sie gebe an, aktuell auf der Suche nach einem neuen Behandler zu sein. Ferner sei sie zweimal im Jahr 2018 stationär behandelt worden. Es sei davon auszugehen, dass bisher keine ausreichende störungsspezifische Behandlung erfolgt sei. Insbesondere sei keine suffiziente Psychopharmakotherapie installiert worden; dies wohl auch aufgrund der ablehnenden Haltung der Versicherten gegenüber Medikamenten. Eine vollständige Remission der Symptomatik sei bei einer intensiven störungsspezifischen Therapie inkl. Medikation zu erwarten. Mitbedingung sei wahrscheinlich der Abschluss des Scheidungsverfahrens. Für die Tätigkeit als Verkäuferin sei die Versicherte spätestens ab Januar 2019 zu 50 % arbeitsfähig. Dabei sei von einer Leistungsminderung von 10 % auszugehen. Die durch die Behandler Dr. I. und Fachpsychologe J. seit März 2019 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Die gestellten

Diagnosen Anpassungsstörung und Angststörung sowie die dokumentierten psychopathologischen Befunde legten die attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel dar. In einer angepassten Tätigkeit sei spätestens ab Januar 2019 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit ohne Minderung der Leistungsfähigkeit anzunehmen. Angepasste Tätigkeiten seien solche ohne Zeit- und Leistungsdruck in einem ruhigen und wohlwollenden Umfeld. Das Pensum sollte auf fünf Arbeitstage verteilt werden und keine Schichtarbeiten umfassen. Grundsätzlich sei die Versicherte in verschiedenen Bereichen einsetzbar, die ihrem Ausbildungsstand entsprächen. Tätigkeiten ohne Kundenkontakt und ohne komplexe Anforderungen an die Teamarbeit seien für die Versicherte von Vorteil. Denkbar wären zum Beispiel Tätigkeiten im administrativen Bereich. Es sei zu erwarten, dass in den nächsten drei bis sechs Monaten unter einer intensiven Therapie eine vollständige Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden könne. Sollte die Intensität mit wöchentlichen Terminen und einer Psychopharmakotherapie nicht gewährleistet werden können, sei eine teilstationäre oder gegebenenfalls eine erneute stationäre Therapie angezeigt. Diese Massnahmen seien der Versicherten zumutbar.

E. 7

Dem von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 134 V 231 E. 5.1) entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Bei der Würdigung des Gutachtens darf das Gericht seine eigene Meinung ohne überzeugende Begründung nicht über diejenige der sachverständigen Person stellen, wobei aber zu prüfen ist, ob das Gutachten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist und auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, ob es die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Behörde sie prüfen und nachvollziehen kann und ob die sachverständige Person nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihr die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, deutlich macht (Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Bern/Genf 2020, Art. 44 Rz. 78 mit Hinweisen).

E. 8

Das psychiatrische Gutachten von Dr. B. vom 29. August 2021 erfüllt die von der Rechtsprechung formulierten Voraussetzungen sowohl in formeller wie auch in materieller Hinsicht, um volle Beweiskraft entfalten zu können. Es ist umfassend und schlüssig, berücksichtigt den Krankheitsverlauf und äussert sich zu den Ressourcen sowie zu den psychosozialen Belastungsfaktoren. Die Arbeitsfähigkeit wird nachvollziehbar begründet, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

E. 9

Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, dass das psychiatrische Gutachten nicht beweiskräftig sei, weil Dr. B. keine Rücksprache mit den behandelnden Psychiatern, Dr. C. und Dr. D. , genommen habe. An dieser Stelle ist einerseits darauf hinzuweisen, dass es allein im fachärztlichen Ermessen der sachverständigen Person liegt, ob sie weitere medizinische Berichte hinzuzieht, ob sie Rücksprache mit den behandelnden Fachpersonen

nimmt oder ob sie auch fremdanamnestiche Abklärungen tätigt. Es ist nicht Aufgabe der sachverständigen Person, ihre Diagnosen mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zu diskutieren (Urteile des Bundesgerichts vom 20. August 2018, 8C_137/2018, E. 4.2.2, und vom 3. Februar 2020, 9C_830/2019, E. 4.3; Kieser, a.a.O., Art. 44 Rz. 80). Andererseits ist mit der Vorinstanz festzuhalten, dass in der Anmeldung vom 8. November 2019 als behandelnde Fachpersonen ihr Hausarzt, Dr. K., sowie Dr. I. und Fachpsychologe J. angegeben wurden. Die entsprechenden Behandlungsberichte wurden von der IV-Stelle eingeholt und Dr. B. hat diese in ihrem Gutachten gewürdigt und dazu Stellung genommen. Dass die Versicherte von Mitte 2021 bis März 2022 bei Dr. C. in Behandlung gewesen war, wird erstmals im ärztlichen Attest von Dr. D. vom 17. Mai 2022 erwähnt und somit erst nach Erstattung des psychiatrischen Gutachtens am 29. August 2021. Folglich kann weder Dr. B. noch der Vorinstanz vorgeworfen werden, vorgängig keine Stellungnahme von Dr. C. eingeholt zu haben. Des Weiteren hat die Vorinstanz zurecht darauf hingewiesen, dass die Versicherte erst seit dem 5. April 2022 bei ihrem neuen Psychiater, Dr. D., in Behandlung ist, weshalb sein Einbezug in die gutachterliche Abklärung gar nicht möglich war. 10.1. In Bezug auf die nachgereichten Berichte von Dr. D. vom 17. Mai 2022 sowie der F. vom 18. Juni 2022 bleibt zudem darauf hinzuweisen, dass das Gericht nach der Rechtsprechung bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des strittigen Entscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 130 V 138 E. 2.1). Sie sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juli 2022, 8C_105/2022, E. 4.1 mit Hinweisen). 10.2 Ferner sind der Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits unterschiedlich; deshalb kann das Gutachten nicht stets infrage gestellt werden, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen; vorbehalten bleiben Fälle, in denen wichtige Aspekte benannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Kieser, a.a.O., Art. 44 Rz. 80). Zudem ist bei der Beweiswürdigung zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinischpsychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern die Expertin lege artis vorgegangen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 29. Dezember 2017, 8C_629/2017, E. 4.3, vom 7. August 2018, 8C_200/2018, E. 6.3 und vom 5. April 2019, 9C_668/2018, E. 3.5; Kieser, a.a.O., Art. 44 Rz. 76). 10.3. In seinem ärztlichen Attest vom 17. Mai 2022 führte Dr. D. aus, dass die Versicherte sei dem 5. April 2022 in seiner Behandlung stehe und sie bis auf Weiteres 100% arbeitsunfähig sei. Seine Diagnosen, welche auf einer klinischen und einer psychopathologischen Befunderhebung sowie auf verschiedenen Testverfahren (BDI II, Becks-Angst-Inventar, MINI-ICF-APP) basierten, stimmten teilweise mit denjenigen der vorbehandelnden Fachpersonen und der Gutachterin überein. Als Grunderkrankung liege eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und ängstlichvermeidenden Anteilen vor (ICD-10 F61). Inwieweit als ursprüngliche Grunderkrankung eine kognitive Störung vorliege, werde demnächst in der F. abgeklärt. Gegebenenfalls sei eine Bildgebung notwendig. Als Komorbiditäten seien eine

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1), eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0) zu nennen. Bei der Versicherten beständen seit Jahren komplexe psychiatrische Krankheitsbilder. Trotz kontinuierlicher Behandlung habe sich keine Besserung eingestellt. Die seit langem bestehende eheliche Problematik, nun mit anstehender Scheidungsproblematik, triggerten die komplexen, pathologischen psychischen Symptome. Es bedeute einen enormen therapeutischen Aufwand mit regelmässigen psychiatrischen Einzelgesprächen, Ergotherapie und Spitex, um die Versicherte soweit "zu strukturieren", dass sie an der Scheidungsverhandlung am 18. Mai 2022 teilnehmen könne.

10.4 Der Bericht von Dr. D. stellt im Wesentlichen ein Attest für die Verhandlungsfähigkeit der Versicherten dar und ist entsprechend kurzgehalten. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den Berichten der vorbehandelnden Fachpersonen sowie mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. B. fehlt. Die Diagnose Persönlichkeitsstörung wird im Attest nicht begründet, namentlich werden die Befunde und Testergebnisse nicht dargelegt. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass Dr. B. sich zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht geäussert habe, ist im Gegenteil festzuhalten, dass sie in ihrem Gutachten ausführlich und einleuchtend erläutert hat, weshalb die Diagnose nicht gestellt werden könne (vgl. E. 6). Insofern bringt der Bericht von Dr. D. keine neuen Erkenntnisse zutage, die auf eine medizinische Fehlbeurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 5. Mai 2022 schliessen lassen. Dies gilt auch für den Bericht der F. vom 18. Juni 2022. Einerseits erfolgten die Untersuchungen kurz nach der Verhandlung vom 18. Mai 2022. Es ist davon auszugehen, dass sich die Versicherte in dieser Zeit in einer Ausnahmesituation befand. Ferner kamen die Fachpersonen zum Schluss, dass das Ausmass der kognitiven Defizite formal einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung entspreche, welche primär im Rahmen der schweren affektiven Problematik zu interpretieren sei. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch Dr. B., welche die erreichte hohe Punktzahl der Versicherten in der durchgeführten Testung BDI II auf die subjektive Wahrnehmung der Versicherten zurückführte, die aber merklich von der objektiven Befunderhebung abwich. Insofern wurde auch diese Thematik bereits anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. B. behandelt und gewürdigt. Diesbezüglich kann auch auf den RAD-Bericht vom 22. August 2022 verwiesen werden. Die aus dem lege artis ergangenen Gutachten resultierende Arbeitsfähigkeit von 60 % ist demnach nicht zu beanstanden. Allfällige Verschlechterungen nach Verfügungserlass sind somit im Rahmen einer Neuanmeldung geltend zu machen.

E. 11

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die IV-Stelle auf das beweiskräftige psychiatrische Gutachten von Dr. B. vom 29. August 2021 abstellen durfte. Zu prüfen ist weiter, ob der ermittelte Invaliditätsgrad von 41 % rechtens ist.

E. 12

Die IV-Stelle berechnete das Validen- und Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik 2018. Ausgehend von Tabelle TA1, Detailhandel, Kompetenzniveau 1, Spalte Frauen, Fr. 4'425.-- monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden und nach Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden errechnete sie ein Valideneinkommen von jährlich Fr. 55'622.--. In Bezug auf das Invalideneinkommen berücksichtigte sie Tabelle TA1, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Spalte Frauen,

Fr. 4'371.-- monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden. Nach Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden resultierte ein Jahreseinkommen von Fr. 54'681.-- beziehungsweise von Fr. 32'809.-- bei einem zumutbaren Pensum von 60 %. Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergab einen Invaliditätsgrad von 41 %. Die ermittelten Validen- und Invalideneinkommen sind unbestritten. Darauf kann ohne Weiteres abgestellt werden. Hingegen ist die Versicherte der Auffassung, dass ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 15 % vorzunehmen sei, womit sie Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hätte. 13.1 Mit dem Abzug vom Tabellenlohn 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 die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bbcc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (BGE 148 V 174 E. 6.3, 146 V 16 E. 4.1). Der Abzug soll nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2, 126 V 75 E. 5b/bbcc). 13.2 Hinsichtlich des behinderungsbeziehungsweise leidensbedingten Abzugs ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum hinzutretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) verglichen mit einer gesunden Mitbewerberin nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn – auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt – unter Berücksichtigung solcher Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Mai 2021, 8C_48/2021, E. 4.3.3 mit Hinweis). Zu beachten ist dabei, dass der massgebende ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen gesundheitlich eingeschränkte Personen mit einem sozialen Entgegenkommen seitens des Arbeitgebers oder der Arbeitgeberin rechnen können (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2021, 8C_269/2021, E. 3.2 mit Hinweis). 14.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass sie aufgrund der speziellen Anforderungen an den Arbeitsplatz Anspruch auf einen Abzug von 15 % vom Invalidenlohn habe. Namentlich dürfe bei einer Verweistätigkeit kein Zeit- und Leistungsdruck bestehen, das Umfeld müsse wohlwollend und ruhig sein und Schichtarbeiten seien zu vermeiden. Zudem sei das Pensum von 60 %

auf fünf Tage pro Woche zu verteilen. 14.2 Die Merkmale Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität und Aufenthaltskategorie kommen vorliegend für einen Abzug nicht in Frage. Ferner wurde das Ausmass der Gesundheitseinschränkung bereits mit dem Pensum von 60 % berücksichtigt. Eine Begrenzung für nur leichte Hilfstätigkeiten liegt ebenfalls nicht vor. In Frage käme deshalb einzig ein Abzug aufgrund der besonderen Umstände des Arbeitsplatzes. Ob diesbezüglich mit Blick auf die strenge Rechtsprechung, wonach eine psychisch bedingte verstärkte Rücksichtnahme seitens der vorgesetzten Person sowie der Arbeitskolleginnen und -kollegen nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt wird (Urteile des Bundesgerichts vom 10. Januar 2022, 9C_488/2021, E. 3.3.2, vom 31. August 2018, 8C_327/2018, E. 3.5 und 4.4.1, und vom 29. Mai 2018, 9C_266/2017, E. 3.4.2), ein Abzug vorzunehmen wäre, muss vorliegend nicht abschliessend beurteilt werden. Aufgrund der besonderen Umstände wäre ein Abzug von höchstens 10 % gerechtfertigt, welcher auf die Höhe der Invalidenrente jedoch keinen Einfluss hätte. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 15.1 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. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Dem Prozess-ausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG). Da ihr mit verfahrensleitender Verfügung vom 28. Juni 2022 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist, gehen die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- vorläufig auf die Gerichtskasse. 15.2 Gemäss Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit verfahrensleitender Verfügung vom 28. Juni 2022 wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Für das vorliegende Verfahren wird ein Aufwand von 11 Stunden und 5 Minuten geltend gemacht sowie Auslagen von Fr. 117.80, was nicht zu beanstanden ist. Der Rechtsvertreterin wird folglich ein Honorar von Fr. 2'514.20 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) ausgerichtet. 15.3 Die Beschwerdeführerin wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2021 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'514.20 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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