

GR_GERICHTE S 2020 9 vom 6. Oktober 2020

GR Gerichte, 2020-10-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2020_9

FR: GR_GERICHTE S 2020 9 du 6 octobre 2020

IT: GR_GERICHTE S 2020 9 del 6 ottobre 2020

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

A._____ wurde 1966 geboren. Sie hat drei Töchter und ist seit 2009 geschieden. Sie ist gelernte Konfektionärin und war unter anderem von 2011 bis 2014 bei der C._____ AG in D._____ als Verkäuferin in einem 80%-Pensum und danach bei der B._____ AG in D._____ als Sales Advisor in einem 100%-Pensum tätig.

E. 2

Gemäss Aussagen von A._____ habe sie auf Empfehlung ihrer damaligen Vorgesetzten im Sommer 2016 eine Ausbildung als Visual Managerin absolviert, an der sie besondere Freude bekommen habe. A._____ sei dann aber ab Dezember 2016 von einer neuen Vorgesetzten oft kritisiert und von anderen Mitarbeiterinnen schikaniert worden. Auch habe sie die in Aussicht gestellte Lohnerhöhung und Beförderung nicht erhalten. Im März 2017 wurde bei A._____ ein Dickdarmkrebs diagnostiziert, woraufhin sie im April operiert wurde. Sie sei aufgrund vieler geleisteter Überstunden und schwierigen Arbeitsklimas erschöpft gewesen. In der Folge seien vermehrt Schlafprobleme und grosse innere sowie motorische Unruhe aufgetreten, die Stimmung sei bedrückt gewesen und es habe Gedankenkreisen bestanden (vgl. IV-act. 9 und 10 S. 1 f.).

E. 2.1

Bei erwerbstätigen versicherten Personen gilt als Invalidität die durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), welche Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen, wobei eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Keine Beeinträchtigungen der Gesundheit stellen soziokulturelle Schwierigkeiten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie psychosoziale Faktoren dar. Invaliditätsfremde Faktoren sind darüber hinaus auch Aggravation und Simulation (vgl. zum Ganzen UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, N 22 ff. zu Art. 7 ATSG.; siehe bezüglich Aggravation und ähnlicher Erscheinungen auch BGE 141 V 281 E.2.2.1 f. und BGE 140 V 193 E.3.3).

E. 2.2

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitslage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des

- 14 - Einkommensvergleichs; BGE 144 I 21 E.2.1, BGE 142 V 290 E.4, BGE 141 V 15 E.3.2, BGE 128 V 29 E.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_225/2019 vom 11. September 2019 E.2). 3. Streitgegenstand im hier zu beurteilenden Fall bildet die Frage, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat bzw. ob die Abweisung ihres Leistungsbegehrens gemäss Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2019 rechtskonform erfolgt ist.

E. 3

Am 23. Juni 2017 fand eine Erstkonsultation bei den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR) statt. Die Oberärztin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. E._____ und die Psychologin und eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin F._____ gaben in ihrem Bericht (IV-act. 10 S. 1 f.) als Zuweisungsgrund an, die Hausärztin Dr. med. G._____ habe A._____ aufgrund einer Mobbingssituation am Arbeitsplatz, die zu einer psychischen Dekompensation mit Panikattacken geführt habe, an sie verwiesen; es werde um psychologische Unterstützung gebeten. Gemäss Familienanamnese habe sich der Vater von A._____ im Alter von 64 Jahren im Rahmen einer schweren depressiven Episode das Leben genommen. Bei A._____ werde

- 3 - Suizidalität hingegen klar und glaubhaft verneint und es bestünden keine Hinweise auf eine Fremdgefährdung. Im Sinne einer vorläufigen Beurteilung hielten die Berichterstatterinnen fest, A._____ leide seit ca. drei Wochen unter Gedankenkreisen, bedrückter Stimmung, eingeschränktem Antrieb, innerlicher und psychomotorischer Unruhe sowie Schlafstörungen. Sie diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (F32.1). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielten sie fest, dass A._____ von ihrer Hausärztin seit dem 14. Juni 2017 und bis 7. Juli 2017 für 100% arbeitsunfähig erklärt wurde. Zudem führten sie zur somatischen Anamnese aus, dass im März 2017 ein Dickdarmkarzinom diagnostiziert worden sei. Gemäss Angaben von A._____ sei dieses im April 2017 operiert worden.

E. 3.1

Nach der in der angefochtenen Verfügung vertretenen Ansicht der Beschwerdegegnerin beginnt der Rentenanspruch in Anbetracht der seit dem 14. Juni 2017 bestehenden Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (und der im Oktober 2017 erfolgten Anmeldung) am 1. Juni 2018. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin während der Eingliederungsmassnahmen vom 25. Juni 2018 bis 28. Februar 2019, anlässlich derer sie ein Taggeld bezog, keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat (Art. 43 Abs. 2 IVG). Insofern ist insbesondere der

Rentenanspruch ab dem 1. März 2019 zu prüfen.

E. 3.2

Nicht streitig ist das gestützt auf die letzte Anstellung der Beschwerdeführerin bemessene Valideneinkommen von CHF 53'362.60.

E. 3.3

Uneins sind sich die Parteien indes hinsichtlich der (Rest-)Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit. Die Beschwerdeführerin kritisiert dabei die im psychiatrischen SMAB-Gutachten angenommene Arbeitsfähigkeit von 100% in adaptierter Tätigkeit seit Ende März 2018. Sie stellt sich auf den Standpunkt, sie sei auch in einer angepassten Tätigkeit nicht in den Arbeitsmarkt eingliederbar.

E. 3.4

Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das psychiatrische SMAB-Gutachten vom 9. September 2019 abgestellt hat oder ob konkrete

- 15 - Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen bzw. dieses von den übrigen medizinischen Akten derart in Zweifel gezogen wird, dass von einer 100%igen Arbeitsfähigkeitseinschätzung in adaptierter Tätigkeit (d.h. gut strukturierte Tätigkeit in ruhigem Umfeld, ohne Zeitdruck und nicht in einem Team) für den hier massgebenden Zeitraum ab dem 1. Juni 2018 (bzw. 1. März 2019) abzuweichen wäre. 4. Vorab sind die beweisrechtlichen Grundsätze in Erinnerung zu rufen.

E. 4

In der Zeit vom 1. August 2017 bis 1. September 2017 befand sich A._____ in stationärer Behandlung in der Klinik Q._____. In ihrem Bericht vom 14. September 2017 (IV-act. 10 S. 5 ff.) stellten der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. H._____, stellvertretender Co- Chefarzt bei den PDGR, und der Assistenzarzt I._____ eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome (F31.1) als Hauptdiagnose sowie sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen (F43.8) und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung (Z73) als Nebendiagnosen fest. Zum Verlauf hielten sie fest, A._____ habe beim Eintritt manisch bis max. mittelgradig logorrhöisch imponiert. Nach vierwöchiger stationärer Behandlung trete sie in stabilisiertem Zustand in die häusliche Umgebung aus mit einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bis 5. September 2017. Mit Blick auf das weitere Prozedere wurde die Weiterführung der Medikation und der ambulanten psychiatrischen Behandlung sowie eine Anbindung an die Tagesklinik in D._____ mindestens an drei Halbtagen in der Woche vorgeschlagen.

- 4 -

E. 4.1

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch das kantonale Sozialversicherungsgerichtsverfahren sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Verwaltung und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid,

sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsverfahren tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des

- 16 - Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E.2.2 mit Verweis auf BGE 138 V 218 E.6).

E. 4.2

Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge auf zum auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. zum Ganzen das Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E.3.2.1).

E. 4.3

Um beurteilen zu können, wie sich der Gesundheitszustand einer versicherten Person im massgebenden Zeitpunkt darstellt, sind die Verwaltung und das im Beschwerdefall angerufene Gericht auf Unterlagen angewiesen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe besteht darin, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter

- 17 - ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf eine Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt die medizinische Fachperson ihre originäre Aufgabe, wofür die Verwaltung und das im Streitfall angerufene Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt den ärztlichen Fachleuten hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr

geben sie eine Einschätzung zur Arbeitsunfähigkeit ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründen. Die ärztlichen Auskünfte bilden sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person konkret noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E.3.2, BGE 132 V 93 E.4 und BGE 125 V 256 E.4).

E. 4.4

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, 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 (BGE 143 V 124 E.2.2.2 und BGE 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten

- 18 - Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, BGE 125 V 351 E.3a).

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a, BGE 122 V 157 E.1c mit Hinweisen). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E.3b, BGE 118 V 286 E.1b, BGE 112 V 30 E.1a mit Hinweisen).

E. 4.5

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärztinnen und -ärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, BGE 125 V 351 E.3b/bb). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte ein vergleichbarer Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (siehe BGE 137 V 210 E.1.2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_839/2016 vom 12. April 2017 E.3.1 f.). Die Tatsache allein, dass die befragte Ärztin oder der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer

- 19 - Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den ärztlichen Berichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit der Gutachterin oder des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E.3b/ee, BGE 122 V 157 E.1c). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E.5.2, BGE 135 V 465 E.4.3.2 und 4.4; Urteile des Bundesgerichtes 9C_415/2017 vom 21. September 2017 E.3.2, 8C_452/2016 vom 27. September 2016 E.4.2.2 f. und 8C_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten darf und soll das Gericht auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.5, BGE 125 V 351 E.3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und der Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Expertin (vgl. dazu BGE 124 I 170 E.4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, wo sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_317/2019 vom 30. September 2019 E.2.3, 8C_379/2019 vom 21. August 2019 E.2.2 und 8C_835/2018 vom 23. April 2019 E.3).

- 20 -

E. 4.6

In tatsächlicher und zeitlicher Hinsicht ist im Beschwerdeverfahren für das angerufene Gericht schliesslich der gesundheitliche Zustand massgebend, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung verwirklicht hat (siehe statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E.3; vgl. UELI KIESER, a.a.O., N 109 zu Art. 61 ATSG). Im vorliegenden Fall ist somit auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum 5. Dezember 2019 präsentierten, abzustellen. 5. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, das SMAB-Gutachten sei weder schlüssig noch nachvollziehbar, weshalb ihm kein Beweiswert zukomme, verfängt ihr Einwand nicht. Vielmehr ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass die Gutachterin sich in ihrer Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten (IV-act. 118 S. 25 ff.) sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf die eigenen Untersuchungen getroffen hat (vgl. z.B. IV-act. 118 S. 13 ff.). Auch flossen die von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben zur Krankheitsentwicklung und zum jetzigen Leiden in die Gesamtbeurteilung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung mit ein (vgl. IV-act. 118 S. 5 ff.). 5.1.1. Die Gutachterin Dr. med. N._____ orientierte sich bei der Frage, ob die diagnostizierten psychischen Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, rechtssprechungsgemäss an den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 (siehe auch BGE 145 V 361 E.4 mit Hinweisen; vgl. IV-act. 118 S. 17 ff.). Ihre Ausführungen zur der Beurteilung der medizinischen Situation sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand

nachvollziehbar begründet. So hielt sie zur Diagnoseherleitung nachvollziehbar fest, im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung seien bei der Beschwerdeführerin die Kriterien gemäss ICD-10 für eine depressive Episode nicht erfüllt. Insbesondere die nach

- 21 - ICD-10 geforderten mindestens zwei Zentralkriterien (depressive Stimmung [in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend], Interessen- oder Freudeverlust [an Aktivitäten, die normalerweise angenehm seien] sowie ein verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit) seien nicht in ausreichendem Schweregrad erfüllt (IV-act. 118 S. 16). Dies leuchtet insbesondere vor dem Hintergrund des von Dr. med. N._____ erhobenen Untersuchungsbefunds zur Affektivität ein, wozu festgehalten wurde, die Beschwerdeführerin habe sich während der gutachterlichen Exploration ganz überwiegend in ausgeglichener Stimmung gezeigt. Einmalig, als sie über ihren im 2003 verstorbenen Vater gesprochen habe, habe sie leicht bedrückt und leicht affektlabil gewirkt, was nachvollziehbar sei. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht reduziert. Die Beschwerdeführerin habe während der Untersuchung auch wiederholt lachen können. Ein ausgewiesener Freude- oder Interessenverlust bestehe nicht. Es bestünden Insuffizienzgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit. Die Beschwerdeführerin habe auch teilweise Suizidgedanken angegeben ohne Hinweis für eine akute Suizidalität. Es gebe keine Hinweise für einen ausgewiesenen sozialen Rückzug (IV-act. 118 S. 14). 5.1.2. Zur Diagnoseherleitung führte Dr. med. N._____ des Weiteren aus, es sei aufgrund der Unterlagen nicht abschliessend zu beurteilen, ob in der Vergangenheit bereits eine depressive Episode vorgelegen habe. So müsse von einer Verdachtsdiagnose depressive Episode, gegenwärtig remittiert (F32.4), differenzialdiagnostisch möglicherweise auch ein Status nach Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (F43.21), ausgegangen werden. Die von der Beschwerdeführerin beschriebene sozialphobische Symptomatik (z.B. unter unbekanntem Menschen, in neuen unbekanntem Situationen) mit begleitender körperlicher

- 22 - Symptomatik (Atemnot, Herzrasen, Hitzewellen, Miktionsdrang) und auch entsprechenden Vermeidungsverhalten sei am ehesten im Rahmen einer sozialen Phobie (F40.1) zu interpretieren. Besonders erwähnenswert sei aber, dass diese Symptomatik bisher nicht in den psychiatrischen Akten festgehalten sei, sodass bisher auch keine entsprechende störungsspezifische Behandlung erfolgt sei. Die Störung sei als mittelgradig ausgeprägt und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzuschätzen. Hinweise für histrionische Persönlichkeitszüge, wie in den Akten festgehalten, seien nicht festzustellen (IV-act. 118 S. 16).

E. 5

Am 23. Oktober 2017 meldete sich A._____ unter Hinweis auf eine manische Depression und einer seit dem 14. Juni 2017 bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (IV-act. 3).

E. 5.2

Die Gutachterin setzte sich ferner mit der Einschätzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen, einschliesslich jener von Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____, auseinander und zeigte nachvollziehbar auf, weshalb sie eine andere Ansicht vertritt (IV-act. 118 S. 18 ff.). So werde im Bericht vom 23. Juni 2017 (von

Dr. med. E. _____ und Psychotherapeutin F. _____, IV-act. 10 S. 1 f.) die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) gestellt, welche aber nicht vollständig nachvollzogen werden könne, da der psychopathologische Befund unvollständig sei. Im Bericht vom 14. September 2017 (von Dr. med. H. _____ und Assistenzarzt I. _____, IV-act. 10 S. 5 ff.) zum stationären Klinikaufenthalt werde eine manische Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert (F31.1) basierend darauf, dass die Beschwerdeführerin mittelgradig logorrhöisch sei. Bei Eintritt werde die Stimmung im psychopathologischen Befund als ambivalent, lachend und zwischendurch weinend, bei einem leicht erhöhten Antrieb beschrieben. Die diagnostische Einschätzung einer manischen Episode aufgrund dieses psychopathologischen Befundes sei nicht nachzuvollziehen. Auch dass die Beschwerdeführerin am Vortag suizidale Gedanken gehabt habe und am Tag nach der psychiatrischen Hospitalisation auf eine offene Station habe übertreten können, spreche eher gegen das Vorliegen einer manischen Episode. Im Bericht fehlten

- 23 - zudem Angaben zu Libido, Geldausgaben und auch Schlaf, die für eine abschliessende Beurteilung einer manischen/hypomanischen Episode wichtig wären. Aus demselben Grund sei auch der Bericht vom 17. November 2017 (von Dr. med. J. _____ und Psychotherapeutin K. _____ [IV-act. 19]) nicht vollständig nachzuvollziehen. Der psychopathologische Befund sei unvollständig, sodass der Schweregrad einer mittelgradigen depressiven Episode nicht vollständig nachvollziehbar sei. Hypomanische und manische Phasen mit Gereiztheit, Nervosität, starker psychomotorischer Unruhe und formalen Denkstörungen würden beschrieben. Diese Symptome seien gemäss ICD-10 indes nicht ausreichend, um eine manische oder hypomanische Episode zu diagnostizieren. Im Verlaufsbericht vom 20. Februar 2019 (wiederum von Dr. med. J. _____ und Psychotherapeutin K. _____ [IV-act. 101]) werde in Übereinstimmung mit der aktuellen gutachterlichen Untersuchung von einer remittierten depressiven Episode ausgegangen (IV-act. 118 S. 18 f.). 5.3.1. Soweit die Beschwerdeführerin und Dr. med. O. _____ in seinem Bericht vom 28. März 2020 (act. B.7) kritisieren, dass erstere aus gutachterlicher Sicht an einer sozialen Phobie leiden soll, kann ihnen nicht gefolgt werden. Vielmehr gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung selbst an, sie fühle sich vor allem unter ihr unbekanntem Menschen unwohl, sodass sie nicht in einem Team arbeiten könne. Sie könne sich in solchen Situationen nicht konzentrieren. Sie habe das Gefühl, die Leute würden sie komisch anschauen. Sie fühle sich nicht kompetent und habe Probleme mit der Atmung sowie Herzrasen. Es werde ihr ganz heiss im Kopf und sie müsse dann raus bzw. die Situation verlassen. Wenn sie nervös sei, würde sie auch einen Miktionsdrang haben. Wenn Leute neben ihr seien, könne sie nur schlecht nähern (recte wohl: nähern). Sie würde deswegen auch nicht mit vielen Leuten die Pausenzeit verbringen. Auch neue und unbekannte Situationen würden ihr Angst bereiten. Es sei ihr

- 24 - manchmal auch peinlich, dass sie stottern würde (IV-act. 118 S. 5). Die psychiatrische Gutachterin erkannte bereits in den Unterlagen zur durchgeführten Integrationsmassnahme Hinweise auf eine sozialphobische Symptomatik (IV-act. 118 S. 21). So wurde im Schlussbericht vom 28. Februar 2019 unter anderem beschrieben, dass eine Arbeit im Team oder mit vielen Menschen (z.B. im Verkauf) ganz klar nicht möglich sei. Die Beschwerdeführerin werde auch in einer kleinen Gruppe (im Atelier 3 Personen) extrem nervös sowie zittrig und die Konzentration sei weg (IV-act. 97 S. 2). Von solchen Symptomen wird auch in den weiteren Akten zur Eingliederung berichtet (vgl. z.B.

Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 17. Oktober 2018 [IV-act. 98 S. 1], wonach die Beschwerdeführerin immer noch sehr starke Schwankungen habe und sehr schnell "hypere", am Morgen noch stark zittere und rund eine Stunde brauche, um sich zu sammeln; Standortgespräch vom 29. Januar 2019 [IV-act. 86], wonach es der Beschwerdeführerin schwerfalle, mit anderen Teilnehmern im gleichen Raum zu arbeiten, wobei sie sage, dass sie sich nicht konzentrieren könne und viele Fehler mache; Standortgespräch vom 5. Oktober 2018 [IV-act. 68], dem die Aussage der Beschwerdeführerin zu entnehmen ist, dass sie viele Leute nicht ertrage und sie oft sehr nervös sei; Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 9. August 2018 [IV-act. 60 S. 3], wonach sie sehr, sehr nervös sei und es ihr viel schwindelig werde, wobei die Geräusche der Nähmaschinen sie noch nervöser gemacht hätten; Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 22. August 2018 [IV-act. 60 S. 3], wonach es Tage gäbe, an denen sie extrem zittere; Beobachtungsbogen vom Amt für Industrie, Gewerbe und Arbeit, Eintrag vom 4. Juli 2018 [IV-act. 58 S. 2], wonach die Beschwerdeführerin nervlich angespannt erscheine, wippe, zittere und sich sehr stark an die Gesichtshaut greife). Soweit die Beschwerdeführerin in der Replik bemängelt, die Integrationsmassnahme decke nur einen Zeitraum von acht Monaten ab, weshalb darin keine Grundlage für die Diagnose einer Sozialphobie erblickt werden könne, ist ihr entgegenzuhalten, dass sich bereits zuvor Anhaltspunkte dafür in

- 25 - medizinischen Unterlagen finden. So gab sie beispielsweise anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. L._____ (Exploration vom 29. März 2018) an, sie verspüre ein Zittern, habe öfter Panik und Angst, wobei sie davon manchmal nicht selber rauskomme (IV-act. 35 S. 11). Auch würden sie viele Leute oder Lärm stören und sie müsse sich oftmals zurückziehen (IV-act. 35 S. 18 und 31). Zwar könne sie den Haushalt schon selber machen, aber sie mache viel Geschirr kaputt wegen ihrer Nervosität und dem Zittern (IV-act. 35 S. 19). Des Weiteren tat die Beschwerdeführerin anlässlich des Evaluationsgesprächs mit der Eingliederungsberaterin am 6. März 2018 namentlich kund, sie habe Schwindel, Angstzustände im Einkaufsladen sowie im Bus und zittere stark; bei einer beruflichen Tätigkeit seien solche mit Menschenansammlungen zu vermeiden (IV-act. 23; vgl. ferner auch den Schadeninspektionsbericht der Helsana vom 8. September 2017 [IV-act. 9 S. 6]). Insgesamt erscheint die von Dr. med. N._____ gestellte Diagnose einer sozialen Phobie somit als plausibel. 5.3.2. Auch ist der von ihr sorgfältig hergeleitete Ausschluss einer manischen Episode bei einer bipolaren affektiven Störung nachvollziehbar. Dabei stellte sie namentlich auf den echtzeitlichen psychopathologischen Befund ab (vgl. hierzu vor allem den Bericht vom 14. September 2017 zum stationären Klinikaufenthalt vom 1. August 2017 bis 1. September 2017, IV-act. 10 S. 5 ff.), wobei sie dazu anmerkte, daraus lasse sich die Diagnose einer manischen Episode nicht nachvollziehen (IV-act. 118 S. 18). Dass die damalige Befunderhebung mangelhaft und somit nicht nachvollziehbar ist, stimmt denn auch mit der Einschätzung von Dr. med. O._____ in dem von der Beschwerdeführerin selbst beigebrachten Bericht vom 28. März 2020 überein (act. B.7). Darin bemerkte dieser, dass der anlässlich des Klinikaufenthalts erhobene Psychostatus nicht den Kriterien nach AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) entspreche. Dies sei entweder auf einen unerfahrenen Assistenzarzt zurückzuführen, welcher nicht ausreichend exploriert habe,

- 26 - oder auf den Umstand, dass ein vernünftiger Psychostatus aufgrund der gehobenen Stimmung nicht möglich gewesen sei (act. B.7 S. 3). Weshalb gemäss Dr. med. O._____ trotzdem auf die Austrittsdiagnose einer bipolaren affektiven Störung, gegenwärtig

manische Episode ohne psychotische Symptome (F31.1) abgestellt werden könne, begründet er in seiner Stellungnahme nicht weiter. Dies leuchtet gestützt auf die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin zum Klinikaufenthalt im August 2017 denn auch nicht ein, gibt sie dazu doch selbst an, sich damals nicht in einer gehobenen, situationsinadäquaten Stimmung, sondern vielmehr in einer gedrückten Stimmung befunden zu haben. So führte sie anlässlich der SMAB-Begutachtung an, sie sei damals alleine gewesen, da ihre kleine Tochter beim Vater in den Ferien und ihre beiden anderen Töchter ebenfalls abwesend gewesen seien, sodass sie sich alleine gefühlt habe und es ihr psychisch nicht gut gegangen sei. Sie habe auch gedacht, da ihre kleine Tochter beim Vater sei, es sei in Ordnung, sich umzubringen, sodass sie zuerst in die Kirche beten gegangen und danach zum Bach gelaufen sei. Es sei ihr dann der Gedanke gekommen, zuerst noch mit Psychotherapeutin K. _____ zu sprechen, weshalb sie ins naheliegende Spital gegangen sei. Dort habe eine Putzfrau sie weinen sehen und sie auf den Notfall begleitet, woraufhin sie in die psychiatrische Klinik eingewiesen worden sei. In der Klinik habe sie Quetiapin erhalten, was sie müde gemacht habe. Sie sei in dieser Zeit sehr traurig gewesen, habe viel gegrübelt und sei wegen ihres Arbeitgebers enttäuscht und verletzt gewesen. In der Klinik sei sie auch unruhig und ungeduldig gewesen und habe alles alleine machen wollen, da sie das gewohnt gewesen sei (IV- act. 118 S. 6). Die gleichen Umstände gab die Beschwerdeführerin auch gegenüber Dr. med. L. _____ an, indem sie ausführte, im August [2017] sei ihre jüngste Tochter mit dem Vater in die Ferien gegangen und sie sei alleine gewesen. Da sei es ihr schlecht gegangen. Sie habe gedacht, dass sich nicht mehr leben müsse bzw. dass sie es nicht im Griff habe usw. (IV- act. 35 S. 11). Vor diesem Hintergrund leuchten die gutachterlichen

- 27 - Schlussfolgerungen zur manischen Episode bzw. zur bipolaren Störung entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin und von Dr. med. O. _____ ein.

E. 5.4

Des Weiteren kritisiert die Beschwerdeführerin, dass im SMAB-Gutachten lediglich ein Verdacht auf eine depressive Episode sowie auf eine längere depressive Reaktion nach einer Anpassungsstörung gestellt worden sei. Diese Ansicht ist insoweit zu relativieren, als Dr. med. N. _____ ausweislich davon ausging, dass ab dem 14. Juni 2017 eine depressive Symptomatik bei der Beschwerdeführerin vorgelegen habe, sich indes deren Schweregrad nicht vollständig aus den Akten nachvollziehen lasse, sodass die möglichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend beurteilt werden könne (vgl. IV-act. 118 S. 21). Dies stimmt denn auch insoweit mit der Einschätzung von Dr. med. L. _____ in seinem Gutachten vom 9. April 2018 überein, als er darin ausführte, es sei möglich, dass zu Beginn eine gewisse reaktive depressive Verstimmung im Sinne einer Anpassungsstörung bestanden habe, diese aber bereits im Zeitpunkt des Klinikaufenthalts (gemäss damaligem Psychostatus) nicht mehr vorgelegen habe (IV-act. 35 S. 33). Dr. med. L. _____ verneinte auch für den Zeitpunkt seiner Untersuchung vom 29. März 2018 das Vorliegen einer affektiven Störung. Dazu führte er aus, die Grundstimmung der Beschwerdeführerin sei euthym gewesen und die affektive Modulationsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin habe zwar über Stimmungsschwankungen berichtet, vor allem aber über psychovegetative Symptome, welche gelegentlich auftreten würden und nicht über eine anhaltende depressive Verstimmung über mindestens 14 Tage, was Voraussetzung wäre, um nach ICD-10 die Diagnose einer depressiven Episode stellen zu können (IV-act. 35 S. 32). Darüber hinaus ergibt sich aus dem von der Beschwerdeführerin seinerzeit

beschriebenen Tagesablauf, dass sie nach dem Frühstück zu Fuss in die Tagesklinik gehe, was sie super finde und rund eine halbe Stunde dauere. Am Mittag

- 28 - sei sie manchmal müde und fahre deshalb mit dem Bus nach Hause, wo sie mit ihrer jüngsten Tochter das Mittagessen einnehme. Manchmal koche sie vor oder mache Nudeln, manchmal mache auch ihre Tochter etwas selber oder sie würden etwas aus dem Kühlschrank essen. Nach dem Mittagessen mache sie eine Pause, lege sich hin und würde lesen. Am Nachmittag mache sie nichts Grosses. Manchmal gehe sie mit ihrer Tochter einkaufen. Am Abend würden sie zusammen essen und über die Schule sprechen, bevor sie im Fernsehen die Nachrichten schaue, mit ihrer Tochter rede und etwas lese. Manchmal koche sie etwas für den nächsten Tag. Mit Blick auf die Freizeitaktivitäten führte die Beschwerdeführerin namentlich aus, einmal sei sie mit ihrer jüngsten Tochter langlaufen gewesen. Ihre Tochter habe ihr auch Skaten beibringen wollen. Ausserdem koche sie gerne, worin sie nach Auffassung anderer in der Klinik gut sei. Sie sei kreativ und würde auch etwas zeichnen. Sie koche in der Klinik, gehe aber über Mittag trotzdem nach Hause, weil es ihr wichtig sei, ihre Tochter zu sehen. Sie habe auch Kontakt zu anderen Leuten, wenn auch nicht viel. Sie habe ganz liebe Freundinnen, die ihr auch beim Umzug geholfen hätten (IV-act. 35 S. 21 f.). Diese Verhaltensweisen deuten insgesamt nicht darauf hin, dass damals bei der Beschwerdeführerin ein Interessenverlust oder ein Antriebsmangel vorgelegen hätten (vgl. dazu die gutachterlichen Bemerkungen in IV-act. 118 S. 19). Weshalb auf das Gutachten von Dr. med. L. _____ – wie die Beschwerdeführerin in der Replik vorbrachte – nicht abgestellt werden dürfte, leuchtet nicht ein. Wie erwähnt (siehe oben E.4.4) ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten ausschlaggebend. Auch kommt es nicht auf die Dauer der Untersuchung an; vielmehr ist in erster Linie massgebend, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_290/2019 vom 25. September 2019 E.4.2 mit Hinweisen), was

- 29 - vorliegend zutrifft. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin berücksichtigte Dr. med. L. _____ auch ihre Angaben zum jetzigen Leiden sowie zur Krankheitsentwicklung und es finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass seine Beurteilung unfair oder voreingenommen gewesen wäre (vgl. IV-act. 35 S. 10 ff.). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass auch RAD- Arzt Dr. med. M. _____ anlässlich des Standortgesprächs vom 14. November 2018 anmerkte, die Beschwerdeführerin berichte mit grossen Gesten, reger Mimik und Gestik, modulierter Stimme und sei gut schwingungsfähig. Ihren Angaben zufolge gehe es besser, sie könne die Energie besser einteilen und Freude empfinden, wodurch ihre Arbeitsqualität besser geworden sei (IV-act. 71). Dies deckt sich denn auch mit dem während der Eingliederungsmassnahmen gewonnenen Eindruck, wonach sie z.B. grosse Freude und Geschick beim Siebdruck oder im Rahmen des für sie eingerichteten Nähateliers entwickelt hatte (vgl. Standortgespräch vom 5. Oktober 2018 [IV-act. 68], Besprechung vom 14. November 2018 [IV-act. 73], Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 19. November 2018 [IV-act. 98 S. 2] und Schlussbericht vom 28. Februar 2019 [IV-act. 97 S. 3 f.]). Zudem bestätigte auch Dr. med. O. _____ in seinem Bericht vom 28. März 2020, dass unter der ambulanten und tagesklinischen Behandlung eine psychische Stabilisierung der Beschwerdeführerin erreicht werden konnte (act. B.7). Damit übereinstimmend stellten Dr. med. J. _____ und Psychotherapeutin K. _____ in ihrem Verlaufsbericht vom 20. Februar 2019 eine gegenwärtig remittierte

bipolare affektive Störung fest (IV-act. 101). Schliesslich verneinte auch Dr. med. N._____ in ihrem Gutachten vom 9. September 2019 (Exploration am 3. Juli 2019) – wie bereits dargelegt – das Vorliegen einer depressiven Symptomatik nachvollziehbar (vgl. IV-act. 118 S. 16 und 14).

E. 5.5

In Abweichung von den behandelnden Fachpersonen hielt Dr. med. N._____ gestützt auf die vorerwähnte schlüssige Herleitung der

- 30 - Diagnosen und in Würdigung der Ressourcen (insbesondere stabiles und gutes soziales bzw. familiäres Umfeld mit regelmässigen Kontakten und ohne Hinweise für einen ausgewiesenen sozialen Rückzug, gute Integration mit auch guten Deutschkenntnissen, Wahrnehmung von Interessen und Hobbies sowie jahrelange Berufserfahrung als Verkäuferin) wie auch der Einschränkungen (mittelgradig eingeschränkte Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit sowie leichtgradig eingeschränkte Durchhaltefähigkeit vor allem in sozial belastenden Situationen) nachvollziehbar eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit im Sinne einer gut strukturierten Tätigkeit in einem sehr ruhigen Umfeld ohne Arbeit im Team und in der Gruppe, ohne besonderen Zeitdruck, ohne zu hohe Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit bzw. Konzentrationsfähigkeit, ohne Gefährdungspotential sowie ohne Schichtdienst fest (IV-act. 118 S. 20 f.). Dieses Anforderungsprofil für eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit trägt auch den im Rahmen des Einsatzprogramms festgestellten Schwierigkeiten Rechnung. Insbesondere wurde im Schlussbericht vom 28. Februar 2019 festgehalten, eine Arbeit im Team oder mit vielen Menschen (z.B. im Verkauf) sei ganz klar nicht möglich; die Beschwerdeführerin werde auch in einer kleinen Gruppe (im Atelier seien drei Personen) extrem nervös bzw. zittrig und die Konzentration sei weg (IV-act. 97 S. 2; vgl. ferner Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 9. August 2018, wonach die Geräusche der Nähmaschinen die Beschwerdeführerin noch nervöser machen würden [IV-act. 60 S. 3], Standortgespräch vom 5. Oktober 2018, wonach die Beschwerdeführerin viele Leute nicht ertrage [IV-act. 68], Standortgespräch vom 29. Januar 2019, wonach sie ihre Pausen brauche, es ihr schwerfalle, mit anderen Teilnehmern im gleichen Raum zu arbeiten, und sie sich dabei nicht konzentrieren könne [IV-act. 86], oder Detailbericht zum Einsatzprogramm vom 28. Februar 2019, wonach sich die Unmöglichkeit der Teamarbeit gezeigt habe, weil die Beschwerdeführerin z.B. im Pausenraum, bei der Arbeit in Kleingruppen

- 31 - und bei den Bildungsmodulen im Schulzimmer grosse Mühe gehabt habe [IV-act. 95 S. 3]). Zudem deckt sich das gutachterlich festgelegte Anforderungsprofil auch weitgehend mit jenem der behandelnden Fachpersonen (vgl. hierzu z.B. Bericht von Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ vom 17. November 2017 [IV-act. 19 S. 3], Arztbericht von Dr. med. P._____ und Psychotherapeutin K._____ vom 30. Januar 2018 [IV-act. 31 S. 3] oder Arztbericht von Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ vom 10. Mai 2018 [IV-act. 37 S. 3]). Im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen wurden ausserdem mehrere Ressourcen der Beschwerdeführerin ausgewiesen. So wurde sie für ihre Kreativität und schnelle Aneignung der Siebdrucktechnik gelobt, welche sie gut mit Näharbeiten verknüpfen konnte und schöne Sachen herstellte (vgl. Besprechung vom 14. November 2018 [IV-act. 73]; vgl. auch Detailbericht zum Einsatzprogramm vom 28. Februar 2019 [IV-act. 95 S. 1]). Ferner blühte sie auf, als für sie ein Nähatelier eingerichtet wurde, in welchem sie diverse Aufträge entgegennehmen und ausführen konnte (vgl. Schlussbericht vom 28. Februar 2019 [IV-act. 97 S. 3] sowie Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 19. bzw. 23.

November 2018 [IV-act. 98 S. 2]). Auch war die Beschwerdeführerin in der Lage, ihren Haushalt weitgehend selbstständig zu erledigen und sich um ihre Tochter zu kümmern (vgl. Arztbericht von Dr. med. P._____ und Psychotherapeutin K._____ vom 30. Januar 2018 [IV-act. 31 S. 2]). Aus dem SMAB- Gutachten geht ferner hervor, dass die Beschwerdeführerin regelmässig Kontakt zur ihren Kolleginnen pflegte und für diese kochte (IV-act. 118 S. 10), in ihrer Freizeit gerne nähte, backte, kochte und spazierte (IV-act. 118 S. 11) und auch Ferienreisen unternahm (IV-act. 118 S. 11). Angesichts dieser beachtlichen, auch in einer angepassten Tätigkeit nutzbaren Ressourcen und Fähigkeiten erscheint es plausibel, wenn die psychiatrische Gutachterin auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit schloss.

- 32 - 5.6.1. Wenn nun insbesondere Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ aufgrund der psychischen Leiden eine andere Arbeitsfähigkeitseinschätzung vornahmen, ist der sich darauf abstützenden Beschwerdeführerin entgegenzuhalten, dass ärztliche Beurteilungen, insbesondere in psychiatrischer Hinsicht, von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge aufweisen, die es zu respektieren gilt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_699/2018 vom 28. August 2019 E.4.2.2 mit Hinweisen). Nur weil behandelnde Fachpersonen zu einer anderen Einschätzung gelangen bzw. an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten, ist es rechtsprechungsgemäss nicht geboten, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen. Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ brachten in ihren Stellungnahmen denn auch nichts vor, was in der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sein soll (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_379/2019 vom 21. August 2019 E.2). 5.6.2. Auch können Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ genauso wenig wie die Beschwerdeführerin nichts zugunsten Letzterer ableiten, wenn sie vorbringen, die aus der durchgeführten Integrationsmassnahme gewonnenen Erkenntnisse, insbesondere das Scheitern dieser Massnahme, stünden im Widerspruch zur gutachterlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung (vgl. insbesondere den Arztbericht vom 14. Januar 2020 [act. B.3] sowie Beschwerde [act. A.1] Ziff. 7). Zwar trifft es zu, dass die Beschwerdeführerin ihre Präsenz anlässlich der Eingliederungsmassnahme im Einsatzprogramm nicht über ein 50%- Pensum (bei reduzierter Leistungsfähigkeit) hat steigern können (vgl. Standortgespräch vom 29. Januar 2019 [IV-act. 86], Schlussbericht vom 28. Februar 2019 [IV-act. 97 S. 2], Auftrag Gutachten vom 8. Mai 2019 [IV- act. 109]). Diese Feststellung ist aber insoweit zu relativieren, als die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung selbst angab, sie habe

- 33 - im Integrationsprogramm öfters Pausen gebraucht, sei müde und nicht fit genug gewesen und habe auch nicht im Team arbeiten können. Menschen hätten sie gestört und sie habe Mühe mit der Konzentration gehabt (IV- act. 118 S. 9). Dies widerspiegelt sich denn auch insoweit in den Akten, als im Schlussbericht vom 28. Februar 2019 ausgeführt wurde, eine Arbeit im Team oder mit vielen Menschen (z.B. im Verkauf) sei ganz klar nicht möglich. Die Beschwerdeführerin werde auch in einer kleinen Gruppe extrem nervös bzw. zitterig und die Konzentration sei weg (IV-act. 97 S. 2). Insoweit erweist sich die Integrationsmassnahme im Einsatzprogramm aus gutachterlicher Sicht nicht als optimal angepasste Tätigkeit, denn diese umfasst namentlich gut strukturierte Arbeiten in einem sehr ruhigen Umfeld, ohne Arbeit im Team und in der Gruppe (IV-act. 118 S. 21), weshalb nicht weiter verwunderlich ist, dass die Beschwerdeführerin nach ihren Angaben an ihre Grenzen stiess. Dass auch RAD-Arzt Dr. med. M._____ der Auffassung gewesen sei, sie

könne aufgrund ihrer Labilität kein Pensum von 50% bewältigen, findet keine Stütze in den Akten. Vielmehr führte er in seinem Bericht vom 15. November 2018 aus, auf Basis des Verlaufs der Eingliederungsmassnahmen und des klinischen Eindrucks bestünden bei der Beschwerdeführerin Ressourcen und Defizite. Eine saubere Abgrenzung von effektiv krankheitsbedingten Einschränkungen und invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren sei ihm angesichts des blossen Eindrucks anlässlich der Standortbestimmung ohne vertiefte psychiatrische Exploration nicht möglich. Sollte keine rentenausschliessende Eingliederung gelingen, müssten entsprechende weitere Abklärungen im Rahmen der Rentenprüfung erfolgen (IV-act. 71 S. 2). Tatsächlich scheinen invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich nicht relevante Faktoren, insbesondere des psychosozialen Formenkreises (vgl. dazu BGE 141 V 281 E.3.4.2.1, BGE 127 V 294 E.5a), für den Abbruch der Integrationsmassnahmen eine nicht unwesentliche Rolle gespielt zu haben. So merkte die Beschwerdeführerin im Standortgespräch vom

- 34 - 29. Januar 2019 selbst an, dass sie den Versuch, auch am Nachmittag ins Eingliederungsprogramm zu kommen, nicht in den Angriff nehmen konnte, da dies zu viel Stress für sie gewesen sei. Da seien zu viele Gedanken zusammengekommen, wie sie das Mittagessen für ihre Tochter zubereiten solle, wann sie wieder auf den Bus müsse, damit sie nicht zu spät komme etc. All dies habe zu viel Stress verursacht und ihr Schwierigkeiten bereitet. Ausserdem hätte sie seinerzeit zusätzlich Stress mit ihrer mittleren Tochter gehabt, welche arbeitslos gewesen sei und Schulden gehabt habe (IV-act. 86). Sie hätte ihr schon geholfen, habe aber selber auch kein überflüssiges Geld (IV-act. 86; vgl. ferner Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 17. Oktober 2018 [IV-act. 98 S. 2] und Eintrag vom 11. Februar 2019 [IV-act. 98 S. 3]). Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen ohnehin nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_798/2018 vom 26. Juli 2019 E.4.2.1, 8C_801/2018 vom 13. Februar 2019 E.4.3 und 9C_646/2015 vom 19. Mai 2016 E.4.4). 5.6.3. Nicht gefolgt kann der Beschwerdeführerin bzw. Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ in ihrem Bericht vom 14. Januar 2020 (act. B.3) des Weiteren, soweit vorgebracht wird, die am 25. Juli 2019 (recte: 15. Juli 2019) durchgeführte neuropsychologische Untersuchung sei im SMAB-Gutachten nicht bzw. nur ungenügend gewürdigt worden und könne die Diskrepanzen zwischen dem Gutachten und den von den behandelnden Fachpersonen gestellten Diagnosen erklären. Entgegen ihrer Auffassung flossen die Ergebnisse dieser neuropsychologischen Abklärung und der durchgeführten Testungen in das SMAB-Gutachten mit ein und wurden von Dr. med. N._____ gewürdigt (vgl. IV-act. 118 S. 14 f. und 18). Dazu führte sie aus, die durchgeführten

- 35 - Beschwerdevalidierungstests hätten hoch auffällige Werte gezeigt. Da auch interne Testparameter auffällig gewesen seien, weise dies auf eine Nicht-Authentizität der erhobenen Befunde hin. Wenngleich sichere Hinweise auf negative, bewusste Antwortverzerrungen fehlten, sei die Validität der erzielten Befunde anzuzweifeln bzw. als nicht gegeben zu beurteilen. Am ehesten liege eine eher bewusstseinsferne Verdeutlichungstendenz der Leidenssituation vor, die wohl durch psychosoziale Belastungsfaktoren (mit-)aufrechterhalten werde (somatische Vorerkrankung, berufliche Kränkung und Kündigung, keine berufliche Perspektive sowie finanzielle Not). Die

Leistungen der Beschwerdeführerin seien z.T. so schlecht gewesen, wie man sie höchstens bei einer hochgradig hirnorganischen Schädigung oder einer sehr stark ausgeprägten psychischen Störung sehen würde. Beides liege indes bei der Beschwerdeführerin nicht vor. Aufgrund der nicht gegebenen Validität der aktuellen Befunde könnten keine spezifischen kognitiven Einschränkungen abgeleitet werden und es könne auch keine zuverlässige Aussage zu möglichen Funktionseinschränkungen im Alltag und Beruf gemacht werden (IV-act. 118 S. 14 f.). Vor diesem Hintergrund ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass sich aus den vorerwähnten Befunden nichts zugunsten der Beschwerdeführerin ableiten lasse. Inwiefern die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung die Diskrepanz in diagnostischer Hinsicht zwischen Dr. med. N._____ und den behandelnden Fachpersonen erklären könnte, leuchtet nicht ein, handelt es sich bei der gutachterlich ausgewiesenen sozialen Phobie bzw. bei der von den behandelnden Fachpersonen diagnostizierten bipolaren affektiven Störung doch um psychische Leiden, deren diagnostische Kriterien zumindest in den Hauptsymptomen nicht in kognitiven Defiziten – welche ohnehin nicht validiert werden konnten – begründet sind (vgl. dazu SMAB-Gutachten [IV-act. 118 S. 19] oder Bericht von Dr. med. O._____ [act. B.7]). Insofern ist auch nicht

- 36 - nachvollziehbar, weshalb die neuropsychologische Untersuchung wiederholt werden soll. 5.7.1. Die Beschwerdeführerin kritisiert ferner, dass im SMAB-Gutachten nach dreistündiger Exploration nur eine leichte Ermüdung festgehalten worden sei (vgl. IV-act. 118 S. 13). Abgesehen davon, dass dieser Einwand die Expertise ohnehin nicht zu erschüttern vermag, ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass Hinweise dafür fehlen, wonach diese Befunderhebung nicht korrekt sein soll. 5.7.2. Soweit die Beschwerdeführerin bemängelt, das Gutachten beruhe auf unvollständigen Akten, ist ihr zwar zuzugestehen, dass im SMAB- Gutachten selbst moniert wird, zu der von der Beschwerdeführerin wahrgenommenen tagesklinischen Behandlung liege kein Bericht vor (vgl. IV-act. 118 S. 17 Ziff. 7.2). Indes bringt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht vor, dass die Behandlung in der Tagesklinik bei Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ erfolgte, die mehrere Berichte, welche auch von der psychiatrischen Gutachterin Dr. med. N._____ gewürdigt worden sind, erstellt haben (vgl. Bericht vom 17. November 2017 [IV-act. 19], Bericht vom 10. Mai 2018 [IV-act. 37] und Verlaufsbericht vom 20. Februar 2019 [IV-act. 101]). Daher fand die Entwicklung des Krankheitsverlaufs durchaus seine Berücksichtigung im SMAB-Gutachten (IV-act. 118 S. 25 f., 29 und 31). 5.7.3. Mit Blick auf die nach Verfügungserlass erstellten Berichte von Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ vom 14. Januar 2020 (act. B.3) sowie Dr. med. O._____ vom 28. März 2020 (act. B.7) bringt die Beschwerdegegnerin zu Recht vor, dass die darin diagnostizierte schwere bzw. mittelgradige depressive Episode keine Beachtung finden könne, da diese ausdrücklich mit Bezug auf die aktuelle Situation, d.h. Januar bzw. März 2020, gestellt wurden. Daraus lassen sie keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene

- 37 - Situation ziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_414/2019 vom 25. September 2019 E.2.2.2). Insofern ist auch unbeachtlich, dass die Beschwerdeführerin wegen einer schweren depressiven Episode ihre Tätigkeit bei der T._____ Stiftung hat niederlegen müssen.

E. 5.8

Insgesamt ergibt sich somit, dass die Vorbringen der Beschwerdeführerin und die von ihr beigebrachten medizinischen Stellungnahmen, insbesondere jene von Dr. med. J. _____ und Psychotherapeutin K. _____ bzw. Dr. med. O. _____ nicht geeignet sind, den Beweiswert des SMAB- Gutachtens zu schmälern. Dasselbe gilt mit Blick auf das Gutachten von Dr. med. L. _____ vom 9. April 2018. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin für den hier massgebenden Zeitraum ab dem 1. Juni 2018 bzw. vor allem ab dem 1. März 2019 auf attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit abstellte. Dabei ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen oder überspitzt formalistisch gehandelt haben soll. Vor diesem Hintergrund kann auf die beantragte Einholung eines neuen Gutachtens sowie auf die zahlreichen weiteren Beweisvorkehren, namentlich die Edition der vollständigen medizinischen Akten der behandelnden Fachpersonen sowie die Einholung einer Parteiaussage und der Auskunft der T. _____ Stiftung, verzichtet werden, zumal das streitberufene Gericht aufgrund der bereits abgenommenen Beweise seine Überzeugung gebildet hat und annehmen kann, dass diese Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (vgl. BGE 136 I 229 E.5.3, BGE 134 I 140 E.5.3).

E. 5.9

Das Invalideneinkommen der Beschwerdeführerin per 2019 wurde auf CHF 55'900.65 bemessen. Für deren Berechnung stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Zahlen der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik in der zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung gültigen Fassung (LSE 2016) zum monatlichen Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, privater Sektor (TA1_skill-level), für eine weibliche

- 38 - Person im Kompetenzniveau 1 bei einem Pensum von 100%, wobei dieser Betrag auf 41.7 Wochenstunden umgerechnet und aufindexiert wurde (CHF 4'363.00 x 12 : 40 x 41.7 x 1.003995 x 1.01 x 1.01; vgl. das Berechnungsblatt in IV-act. 133). Bei einem unbestritten gebliebenen Valideneinkommen von CHF 53'362.60 resultiert ein negativer und somit von vornherein rentenausschliessender Invaliditätsgrad. 6. Im Ergebnis erweist sich die angefochtene Verfügung vom 5. Dezember 2019 als rechtens, was zur Bestätigung derselben und zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde mit schriftlicher Eingabe vom 21. Januar 2020 führt. 7. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren (in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG in der damals gültigen Fassung) bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens praxisgemäss auf CHF 700.00 fest. Aufgrund des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens gehen diese gestützt auf Art. 73 Abs. 1 VRG grundsätzlich zulasten der unterliegenden Beschwerdeführerin. 8. Gemäss Art. 61 lit. f ATSG muss das Recht, sich verbeiständen zu lassen, gewährleistet sein. Wo die Verhältnisse es rechtfertigen, wird der Beschwerde führenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt. Die Beschwerdeführerin hat mit ihrer Beschwerde um unentgeltliche Rechtspflege ersucht. Anhand der von ihr eingereichten Unterlagen ist ihre Mittellosigkeit ausgewiesen (act. B.6; vgl. Art. 76 Abs. 1

- 39 - VRG). Die von ihr erhobene Beschwerde kann weder als offensichtlich mutwillig noch als von Anfang an aussichtslos bezeichnet werden, weshalb die unentgeltliche

Rechtspflege grundsätzlich gewährt werden kann. Somit werden die Gerichtskosten aus der Gerichtskasse bezahlt und die Beschwerdeführerin zur Bezahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage sein wird (Art. 77 VRG). Gleichsam rechtfertigt es sich hier, der Beschwerdeführerin eine Rechtsbeiständin in der Person der sie vertretenden Rechtsanwältin zu bezeichnen und sie auf Kosten des Gerichts zu entschädigen. Die Rechtsanwältin hat mit Honorarnote vom 30. April 2020 (act. E.1) insgesamt CHF 4'444.65 geltend gemacht, bestehend aus 20.75 Stunden à CHF 210.00/h zuzüglich einer Kleinspesenpauschale von 2% (ohne MWST). Der Stundenansatz wurde im Auftrag vom 3. Januar 2020 mit ausdrücklicher Honorarvereinbarung so festgelegt. Allerdings sieht Art. 5 Abs. 1 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte vom 17. März 2009 (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) vor, dass für den berechtigten Aufwand der unentgeltlichen Vertretung und der amtlichen Verteidigung ein Honorar von CHF 200.00 pro Stunde zuzüglich notwendige Barauslagen und Mehrwertsteuer (soweit geltend gemacht) auszurichten ist und keine Zuschläge gewährt werden. Vor diesem Hintergrund und in Berücksichtigung des dreifachen Schriftenwechsels erscheint hier eine Entschädigung in Höhe von insgesamt CHF 4'233.00, bestehend aus einem Honorar für 20.75 Stunden à CHF 200.00/h (=CHF 4'150.00) zuzüglich 2% Spesenpauschale (=CHF 83.00) als angemessen. Der obsiegenden beschwerdegegnerischen IV-Stelle steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

- 40 - III. Demnach erkennt das Gericht:

E. 6

Die IV-Stelle holte daraufhin einen Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches auf Massnahmen für die berufliche Eingliederung ein. Dieser wurde am 17. November 2017 erstellt (IV-act. 19). Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. J._____, Oberarzt bei den PDGR, und die Psychologin und eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin K._____, welche A._____ seit dem 19. Juli 2017 ambulant behandelten, wiesen darin unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neben den vorgenannten Nebendiagnosen eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (F31.3) als Hauptdiagnose aus. Sie hielten als Prognose insbesondere fest, depressive Phasen mit Schlafstörungen, Grübeln und sozialem Rückzug würden sich mit hypomanen bis manischen Phasen abwechseln, bei denen Gereiztheit, Nervosität, starke psychomotorische Unruhe und formale Denkstörungen auftraten. Für eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess sei die Balance in der Regulation Voraussetzung und sie würden die Weiterführung des multimodalen Programmes empfehlen. Sie attestierten A._____ weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 17. Dezember 2017, erachteten aber die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit in sechs bis zwölf Monaten für zumutbar.

E. 7

Die B._____ AG kündigte den Arbeitsvertrag mit A._____ am 29. November 2017 per 31. Januar 2018 (IV-act. 21 S. 7).

E. 8

In einem weiteren von der IV-Stelle eingeholten Arztbericht vom 30. Januar 2018 führten die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. P._____, Chefärztin APD/ATK Region Nord, und die

- 5 - Psychotherapeutin K._____ zum bisherigen Therapieerfolg aus, die Stimmungsschwankungen und eine sehr starke Erregbarkeit des Vegetativums hätten sich ganz leicht verbessert. Weiter bestehe eine psychomotorische Unruhe und anhaltend eine starke innere Anspannung. A._____ sei emotional stabiler, sodass sie die anstehenden Hausarbeiten und die Betreuung der bei ihr wohnenden 10-jährigen Tochter auch ohne Unterstützung der mittlerweile ausgezogenen ältesten Tochter machen könne. Die Berichterstatterinnen bescheinigten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit über einige Wochen (IV-act. 31).

E. 9

Da A._____ anlässlich des Evaluationsgesprächs mit der Eingliederungsberaterin der IV-Stelle am 6. März 2018 kundtat, sich noch nicht in der Lage zu fühlen, mit Eingliederungsmassnahmen zu beginnen (IV-act. 23 S. 2), wurde die Arbeitsvermittlung mit Mitteilung vom 27. März 2018 abgeschlossen (IV-act. 27).

E. 10

Die Krankentaggeldversicherung R._____ AG gab ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. L._____, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, explorierte A._____ am 29. März 2018 und erstattete am 9. April 2018 sein Gutachten (IV-act. 35). Er konnte keine psychiatrische Diagnose stellen, weshalb die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei (IV-act. 35 S. 33 f.). Zu den in den Berichten der PDGR gestellten Diagnosen hielt er fest, in den bei Ein- bzw. Austritt aus dem stationären Klinikaufenthalt beschriebenen Psychostatus fänden sich keine Hinweise auf eine affektive Störung. Zudem werde beim Austritt festgehalten, dass der Zustand stabil sei, weshalb nicht nachvollzogen werden könne, warum man eine bipolare affektive Störung mit gar manischer Episode diagnostiziert habe. Soweit in der Folge eine mittelgradige depressive Episode bei bipolarer affektiver Störung diagnostiziert worden sei, würden im Affekt Stimmungsschwankungen beschrieben und nicht etwa eine anhaltende depressive Verstimmung über mindestens 14 Tage, was nach ICD-10 die

- 6 - Voraussetzung wäre, um eine depressive Episode diagnostizieren zu können. Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Gutachter könne deshalb die Diagnose einer affektiven Störung nicht gestellt werden. Schliesslich hielt der Gutachter fest, es sei möglich, dass zu Beginn eine gewisse reaktive depressive Verstimmung im Sinne einer Anpassungsstörung bestanden habe; wie den Psychostatus entnommen werden könne, sei dies aber bereits zum Zeitpunkt des Aufenthalts in der Klinik Q._____ nicht mehr der Fall gewesen (IV-act. 35 S. 31 ff.).

E. 11

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. M._____ des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Ostschweiz stellte in seiner Abschlussbeurteilung am 8. Mai 2018 auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. L._____ ab. Er beurteilte A._____ in adaptierten Tätigkeiten ab dem 29. März 2018 als zu 100% arbeitsfähig (siehe Case Report BM/RE in IV-act. 132 S. 11 f.).

E. 12

In ihrem Bericht vom 10. Mai 2018 (IV-act. 37) wiesen Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ bei den bekannten Diagnosen (F31.3, F43.8 und Z73; siehe oben 4. und 6.) verschiedene leichte bis mittelgradige Beeinträchtigungen im Bereich der

Aktivität und Partizipation aus. Sie erachteten einen Einstieg in den Arbeitsprozess im Rahmen eines 20%-Pensums in einem Integrationsprogramm mit sukzessiver Steigerung für möglich. Des Weiteren beschrieben sie, dass sich die Stimmungsschwankungen und die sehr starke Erregbarkeit gebessert hätten. Die psychomotorische Unruhe und innere Anspannung seien rückläufig und A._____ sei emotional stabiler.

E. 13

Die IV-Stelle gewährte A._____ mit Mitteilung vom 20. Juni 2018 Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (IV-act. 41) und erteilte mit Mitteilung vom 22. Juni 2018 eine Kostengutsprache für ein Arbeitstraining im Einsatzprogramm S._____ in D._____ vom 25. Juni 2018 bis 30. September 2018 (IV-act. 44). Für die Dauer des Einsatzprogrammes

- 7 - erhielt sie Taggeldleistungen (IV-act. 45). In der entsprechenden Zielvereinbarung wurde gemeinsam festgelegt, dass A._____ in der Hauswirtschaft und im (Näh- bzw. Druck-)Atelier zu einem Beschäftigungsgrad von 50% eingesetzt werde, wobei dieser langsam auf 80-100% gesteigert werden soll (IV-act. 55 und 56).

E. 14

Da A._____ im Einsatzprogramm zwar Fortschritte machte, angesichts des Unterstützungsbedarfs jedoch ein langsamer Aufbau als zielführender erachtet wurde (vgl. IV-act. 60 S. 3 f. bzw. Case Report BM/RE in IV-act. 132 S. 5), wurden die beruflichen Massnahmen per 31. August 2018 abgebrochen (siehe Mitteilung vom 10. September 2018 in IV-act. 62). Stattdessen erteilte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 14. September 2018 eine Kostengutsprache für ein Aufbautraining im Sinne einer Integrationsmassnahme durch das Einsatzprogramm S._____ in D._____ vom 1. September 2018 bis 30. November 2018 (IV-act. 65). Während der Dauer der Massnahme sprach sie A._____ weiterhin ein Taggeld zu (IV-act. 66).

E. 15

Am 14. November 2018 fand ein Standortgespräch statt, bei dem es unter anderem um die Weiterführung der Massnahme ging. A._____ gab an, mit 40% Präsenz eigentlich schon am Anschlag, am Nachmittag müde und nach 1.5 Stunden erschöpft zu sein (IV-act. 71). RAD-Arzt Dr. med. M._____ befürwortete die Weiterführung der Massnahme, merkte jedoch an, dass bei Ausbleiben einer rentenausschliessenden Eingliederung weitere Abklärungen im Rahmen der Rentenprüfung zur sauberen Abgrenzung von effektiv krankheitsbedingten Einschränkungen und invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren erfolgen müssten. Als Ziel wurde an jenem Tag definiert, bis Ende Januar 2019 sukzessive eine Steigerung von 10% und damit eine stabile 50%ige Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Unter dieser Prämisse wurde die Massnahme einschliesslich die Taggeldleistungen mit Mitteilung vom 23. November 2018 nochmals

- 8 - um drei Monate, also bis 28. Februar 2019, verlängert (IV-act. 73, 76 und 77).

E. 16

Anlässlich der Standortbestimmung vom 29. Januar 2019 wurde festgestellt, dass zwar die Präsenzzeit auf 50% habe gesteigert werden können, nicht aber die Arbeitsfähigkeit. Die Leistung reiche indes nicht für den ersten Arbeitsmarkt aus. Der Versuch, die Präsenz auf ein bis zwei Nachmittage zu erweitern, sei gescheitert (IV-act. 86). Im Schlussbericht zum Einsatzprogramm vom 28. Februar 2019 wurde zudem festgehalten, eine Arbeit im Team

oder mit vielen Menschen (z.B. im Verkauf) sei ganz klar nicht möglich (IV-act. 97). Mit Mitteilung vom 8. März 2019 wurde die Integrationsmassnahme als per Ende Februar 2019 abgeschlossen erklärt (IV-act. 100).

E. 17

In ihrem Verlaufsbericht vom 20. Februar 2019 (IV-act. 101) stellten Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ neu eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert (F31.7), als Hauptdiagnose aus. An den zuvor gemachten Nebendiagnosen (F43.8 und Z73; siehe oben 4., 6. und 12.) hielten sie fest. Sie berichteten von Verbesserungen in den Bereichen Aktivität und Partizipation. Die starke Reizempfindlichkeit habe sich aber nur minim verbessert. A._____ sei weiterhin schnell und stark ablenkbar. Die psychomotorische Unruhe mit zappelnden Bewegungen habe sich verbessert, bestehe unter starker Anspannung jedoch nach wie vor. Die Schlafstörungen seien behoben und dadurch sei die Belastbarkeit etwas verbessert. Die Stimmungsschwankungen seien ebenfalls weniger stark. Gesamthaft zeige sich, dass A._____ vulnerabel sei. Phasenweise könnten Anforderungen des Alltags- und Berufslebens wahrgenommen werden. So könne auch aktuell eine Remission der Akutsymptomatik beschrieben werden. Wenn die Anforderungen an Selbständigkeit und/oder Präsenzpensum ein gewisses Mass überschreiten würden, kämen wiederholt Exazerbationen im Rahmen der Grunderkrankung vor. Dieses kritische Präsenzpensum habe sich auch im Rahmen des

- 9 - Arbeitstrainings dargestellt. Bei einem 50%-Pensum (und dabei reduzierter Leistung) gelange A._____ an ihre Belastbarkeitsgrenze. Es werde von einer dauerhaften, krankheitsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen.

E. 18

Daraufhin liess die IV-Stelle A._____ bei der SMAB AG durch Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. N._____ psychiatrisch begutachten (vgl. IV-act. 106 ff.). Die Untersuchung fand am 3. Juli 2019 statt, gefolgt von einer nachträglichen neuropsychologischen Begutachtung am 15. Juli 2019, und das Gutachten wurde am 9. September 2019 erstattet (IV-act. 118). Darin diagnostizierte die Gutachterin eine soziale Phobie (F40.1) mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit und stellte den Verdacht auf eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert, sowie differenzialdiagnostisch den Verdacht auf Status nach Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (F43.21), alles ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend hielt sie fest, bei A._____ lägen im Mini-ICF-APP mittelgradige Einschränkungen in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit bzw. der Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit sowie leichtgradige Einschränkungen der Durchhaltefähigkeit vor. Diese Einschränkungen bestünden vor allem in für sie sozial belastenden Situationen (z.B. Arbeit in einem Team/einer Gruppe, Arbeit mit vielen Kunden etc.) und führten zu einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit in der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin, sodass in der angestammten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von ungefähr 50% ausgegangen werden müsse. In einer angepassten Tätigkeit mit entsprechendem Anforderungsprofil bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% (IV-act. 118 S. 20).

E. 19

In seiner Beurteilung vom 4. Oktober 2019 erachtete RAD-Arzt Dr. med. M._____ A._____ gestützt auf das SMAB-Gutachten in der bisherigen Tätigkeit ab dem 25. Juni 2018 als zu 50% arbeitsfähig. In adaptierter Tätigkeit, d.h. in einer gut strukturierten

Tätigkeit in ruhigem Umfeld ohne

- 10 - Teamarbeit und ohne besonderen Zeitdruck, ging er in Anbetracht der Gutachten der Dres. med. L._____ und N._____ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab dem 29. März 2018 aus (siehe Case Report BM/RE in IV-act. 132 S. 11 f.).

E. 20

Mit Vorbescheid vom 8. Oktober 2019 (IV-act. 123) stellte die IV-Stelle A._____ die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dabei stellte sie auf die vorgenannten, gestützt auf die Gutachten der Dres. med. L._____ und N._____ getroffenen Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit von RAD-Arzt Dr. med. M._____ ab.

E. 21

In der Folge unterstützte die Pro Infirmis A._____ im Einwandverfahren (vgl. IV-act. 126 ff.). Am 27. November 2019 teilte die Pro Infirmis der IV- Stelle mit, dass die PDGR keinen Bericht einreichen könnten, der argumentativ die Sicht der Gutachter zu entkräften vermöchte und sie somit bei A._____ keinen Einwand erheben würden (IV-act. 130). Daraufhin verfügte die IV-Stelle am 5. Dezember 2019 wie vorbeschieden die Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 131 = act. B.2).

E. 22

Dagegen hat A._____ am 21. Januar 2020 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden erheben lassen (act. A.1). Neben der Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2019 unter Kostenfolge zulasten des Kantons beantragt sie, ihr sei ein ihrer Erwerbsunfähigkeit angemessener Invaliditätsgrad (von mindestens 60%) festzulegen und eine entsprechende Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Neu Beurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersucht sie um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung. In materieller Hinsicht kritisiert sie im Wesentlichen das SMAB-Gutachten von Dr. med. N._____ vom 9. September 2019 als widersprüchlich und nicht nachvollziehbar, weshalb ihm der Beweiswert abzusprechen sei. Die sich darauf abstützende Verfügung widerspreche krass den tatsächlichen

- 11 - Verhältnissen, da sämtliche behandelnden Ärzte und Psychologen von einer bipolaren affektiven Störung ausgehen würden. Die Beschwerdeführerin legt dazu eine weitere Stellungnahme von Dr. med. J._____ und Psychotherapeutin K._____ vom 14. Januar 2019 (recte: 2020) ins Recht (act. B.3). Sie sei mithin seit dem 14. Juni 2017 zu 100% arbeitsunfähig und auch nicht in den Arbeitsmarkt eingliederbar, selbst in angepasster Tätigkeit nicht. Sie sei vom 1. April 2019 bis Ende November 2019 in einem 15%-Pensum für die T._____ Stiftung tätig gewesen (vgl. act. B.4), habe diese Tätigkeit aber infolge Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes vollständig aufgeben müssen. Zur Begründung des URP-Gesuchs legt sie die Verfügung des Sozialdienstes ihrer Wohngemeinde vom 13. Juni 2018 ins Recht (act. B.6), in welcher unter anderem ihr und ihrer Tochter ab Mitte Mai 2018 monatlich maximal CHF 1'579.00 aus öffentlichen Mitteln zur Bestreitung ihres Lebensunterhalts zuzüglich weiterer Leistungen zugesprochen wurden.

E. 23

Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) hat in ihrer Stellungnahme vom 26. Februar 2020 (act. A.2) die Abweisung der Beschwerde beantragt und ihre in der Verfügung vom 5. Dezember 2019 angeführte Begründung gestützt auf die in der

Beschwerde vorgetragenen Vorbringen vertieft.

E. 24

Die Beschwerdeführerin hat daraufhin am 31. März 2020 eine Replik eingereicht (act. A.3), ihren Standpunkt ebenfalls punktuell vertieft und einen im Sinne einer Zweitmeinung eingeholten Bericht des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. O. _____ vom 28. März 2020 eingereicht (act. B.7).

E. 25

Nachdem die Beschwerdegegnerin am 15. April 2020 bei unveränderten Anträgen dupliziert hat (act. A.4), hat die Beschwerdeführerin ihrerseits am

E. 30

April 2020 eine Duplik (recte: Triplik) eingereicht (act. A.5).

- 12 - Auf die angefochtene Verfügung sowie auf die Begründungen in den Eingaben der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20) sind Verfügungen der kantonalen IV-Stelle direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden ergibt sich aus Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) und Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom

E. 31

August 2006 (VRG; BR 370.100). Als formelle und materielle Verfügungsadressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen, hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung und ist somit zur Beschwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen im Sinne von Art. 60 und 61 lit. b ATSG (sowie Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG) frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Anspruch auf eine Invalidenrente hat eine versicherte Person gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG nur dann, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen ist (lit. b) und sie nach Ablauf des Wartejahres zu mindestens 40% invalid ist (lit. c). Im vorliegend zu beurteilenden Fall ist der Teilaspekt des Wartejahres unbestritten geblieben.

- 13 -

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