



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 17. August 2023 (720 22 269 / 184)

Invalidenversicherung

Würdigung eines rheumatologischen Verwaltungsgutachtens zur Frage des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeiten

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Stephan Müller, Advokat, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1967 geborene A.____ war zuletzt in einem 80%-Teilzeitpensum als Zimmermädchen im B.____ in X.____ angestellt. Seit 2015 arbeitet A.____ zudem als Haushaltshilfe bei der Kinderärztin Dr. med. C.____ in einem 10%-Teilzeitpensum. Am 10. April 2018 meldete sie sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf eine partielle Resektion eines Mammakarzinoms am 30. August 2017 zum Bezug von Leistungen an. Nach Abschluss

der Eingliederungsmassnahmen prüfte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) den Rentenanspruch der Versicherten (vgl. Abschlussbericht vom 28. März 2019). Im Rahmen der gesundheitlichen Abklärungen holte die IV-Stelle Basel-Landschaft ein bidisziplinäres Gutachten von Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie und FMH Innere Medizin, und von PD Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11./14. Februar 2022 ein. Gestützt darauf ging sie für den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns per 1. Oktober 2018 von einer 50%igen und ab 1. November 2018 von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit aus. Nach erfolgter Abklärung der erwerblichen und hauswirtschaftlichen Verhältnisse ermittelte sie in Anwendung der gemischten Bemessungsmethode – mit Anteilen 90 % an Erwerbs- und 10 % Haushaltstätigkeit – ab 4. August 2018 (= Ablauf des Wartejahres) einen Invaliditätsgrad von 46 % und ab 1. November 2018 einen solchen von 37 %. Gestützt auf diese Ergebnisse sprach sie A.____ nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 24. August 2022 für den Zeitraum vom 1. Oktober 2018 bis 31. Januar 2019 eine befristete Viertelsrente zu. Einen Rentenanspruch ab 1. Februar 2019 lehnte sie mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Advokat Dr. Stephan Müller, am 26. September 2022 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abt. Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Subeventualiter sei ihr ab 1. Januar 2018 bis auf weiteres mindestens eine Viertelsrente zuzusprechen; unter o/e-Kostenfolge. Im Wesentlichen beanstandete sie die Beweistauglichkeit des bidisziplinären Gutachtens der Dres. D.____ und E.____ vom 11./14. Februar 2022. Weiter bemängelte sie, dass die IV-Stelle bei der Bemessung des Invalideneinkommens keinen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen habe. Aufgrund des erheblichen Pausenbedarfs, der stark limitierenden gesundheitlichen Einschränkungen und der mangelhaften Deutschkenntnisse sei ein solcher von mindestens 20 % gerechtfertigt.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 14. Dezember 2022 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, wobei sie ihren Ausführungen einen Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, vom 6. Oktober 2022 beilegte.

D. Anlässlich der Urteilsberatung vom 9. Februar 2023 kam das Kantonsgericht zum Schluss, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die vorhandene Aktenlage nicht möglich sei. Das Fachgutachten von Dr. D.____ vom 14. Februar 2022, auf welches sich die IV-Stelle bei ihrer Rentenverfügung vom 24. August 2022 gestützt habe, weise in Bezug auf die zeitliche Entwicklung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten Unklarheiten auf. Es stellte deshalb den Fall mit Beschluss vom 9. Februar 2023 aus und holte ergänzende Auskünfte bei Dr. D.____ ein. Mit Stellungnahme vom 6. März 2023 äusserte sich Dr. D.____ zu den vom Kantonsgericht gestellten Fragen.

E. Am 12. April 2023 liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter ausführen, dass sich die Unklarheiten im Gutachten von Dr. D._____ vom 14. Februar 2022 mit seiner Stellungnahme nicht beseitigen liessen. Es bedürfe daher der Einholung eines Gerichtsgutachtens.

F. Die IV-Stelle stellte sich in ihrer Stellungnahme vom 12. April 2023 auf den Standpunkt, dass Dr. D._____ in seiner Stellungnahme vom 6. März 2023 eine äusserst präzise und umfassende Erläuterung zu seinem Gutachten vom 14. Februar 2022 abgegeben habe, weshalb die angefochtene Verfügung, welche auf diesem Gutachten beruhe, nicht zu beanstanden sei.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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. Anfechtungsobjekte der vorliegenden Verfahren 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 Beschwerden zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobenen – Beschwerden der Versicherten vom 26. September 2022 ist demnach einzutreten.

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. Erfolgt die Verfügung über eine erstmalige abgestufte bzw. befristete Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, liegt die massgebende Änderung jedoch vor dem 1. Januar 2022, finden die Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie diejenigen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 Anwendung (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9102). Da die Rentenabstufung bzw. –befristung noch vor dem 1. Januar 2022 erfolgte, ist das bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Recht anwendbar. Die entsprechenden Bestimmungen werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

4.1 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 Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

4.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Dies ist die spezifische Methode der Invaliditätsbemessung (Betätigungsvergleich; BGE 141 V 15 E. 3.2).

4.3 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Absatz 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (BGE 141 V 15 E. 3.2 mit Hinweisen).

5.1 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht-erwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Diese Frage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung (hier: 24. August 2022) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.2 Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Versicherten nach der gemischten Methode bemessen. Dabei hat sie bei der Festlegung der Anteile der Erwerbstätigkeit und der Haushaltstätigkeit auf die im Abklärungsbericht Haushalt vom 11. August 2020 wiedergegebenen Angaben der Versicherten abgestellt, wonach diese im Gesundheitsfall im Umfang von 90 % einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Gestützt auf diese Aussage hat die IV-Stelle den Anteil der Erwerbstätigkeit auf 90 % und jenen der Haushaltstätigkeit entsprechend auf 10 % festgesetzt, was nicht zu beanstanden ist und von der Versicherten auch nicht in Frage gestellt wird.

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

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

6.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und

ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

7.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass bei der Versicherten anlässlich einer Routinekontrolle am 11. August 2017 mittels Bildgebung ein hoch differenziertes invasiv-duktales Mammakarzinom links festgestellt wurde (vgl. Abschlussbericht von Dr. med. G.____, FMH Radio-Onkologie/Strahlentherapie, vom 8. November 2017). Das Karzinom wurde am 30. August 2017 operativ entfernt und anschliessend mittels Radiotherapie bis Ende November 2017 behandelt (vgl. Berichte des Spitals H.____ vom 31. August 2017 und von Dr. med. I.____, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, vom 17. Oktober 2017 und 13. Februar 2018). Nach der Operation klagte die Versicherte über Schmerzen im Bereich der linken Schulter und der Achselhöhle, welche sich nach Aufnahme ihrer angestammten Arbeit im Januar 2018 intensiviert hätten (vgl. Berichte von Dr. I.____ vom 18. April 2018 sowie von Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 20. Mai 2018 und 15. November 2018). Der Rheumatologe Dr. med. K.____, Spital H.____, diagnostizierte sodann in seinem Bericht vom 25. April 2018 im Wesentlichen ein ausgedehntes myofaszielles Schmerzsyndrom der oberen Körperhälfte mit Betonung des linken Armes, verstärkt seit der brusterhaltenden Operation links, und eine Periarthropatia humeroscapularis tendinopathica vom Supraspinatustyp beidseits. Im Mai 2018 wurde die Verdachtsdiagnose eines Enchondroms (= gutartiger Knorpeltumor) im Humeruskopf links mit begleitender Supraspinatustendinopathie gestellt (vgl. Berichte des Spitals L.____ vom 22. Mai 2018 und vom 27. August 2018). In später verfassten Arztberichten wurde das Enchondrom ab Juli 2018 als Differenzialdiagnose aufgeführt (vgl. Berichte von Dr. K.____ vom 16. Juli 2018 und des Spitals L.____ vom 12. November 2018). Anfang 2018 klagte die Versicherte auch über Schmerzen an der rechten Schulter (vgl. Berichte des Spitals L.____ vom 5. April 2018 und 22. Mai 2018). Entsprechende Abklärungen ergaben eine beidseitige linksbetonte schwere chronifizierte Bursitis subdeltoidea, einen Verdacht auf eine Bursitis subacromialis sowie eine Reizung der Supraspinatussehne beidseits (vgl. Berichte von Dr. med. M.____, FMH Rheumatologie, vom 28. August 2018, des Spitals L.____ vom 12. November 2018 und 25. Dezember 2018, 23. Februar 2019 sowie von pract. med. N.____, Spital H.____, vom 5. Juli 2019). Am 29. November 2018 nahm die Versicherte eine psychiatrische Behandlung bei Dr. med. O.____ auf (vgl. Bericht vom 29. November 2018). Dieser diagnostizierte eine (leichtere) depressive Episode bei bekannter Depression (2005/2012) mit Insomnie und hypochondrischen bzw. existentiellen Ängsten. In somatischer Hinsicht verschlechterte sich die Schmerzsituation in der oberen Körperhälfte. Dr. N.____ bestätigte die Verdachtsdiagnose einer Bursitis subacromialis mit zusätzlicher Reizung der Supraspinatussehnen an beiden Schultern (vgl. Bericht vom 27. Mai 2020). Die Arthrographie vom 10. Juli 2020 zeigte, dass die Bursitis subacromialis rechts eine deutlich aktivierte Acromioclaviculargelenksarthrose und ein Impingement aufwies. Dr. N.____ sprach nun von einer chronifizierten bilateralen, linksbetonten Bursitis subdeltoidea und einer begleitenden Bursitis subacromialis beidseits mit zusätzlicher Reizung der Supraspinatussehne beidseits (vgl. Bericht vom 16. März 2021).

7.2.1 Da der Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten in der angestammten Tätigkeit und die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit unklar war, beauftragte die IV-Stelle auf Empfehlung ihres RAD-Arztes Dr. F.____ vom 1. November 2021 Dr. D.____ und PD Dr. E.____ mit einem bidisziplinären

Gutachten. PD Dr. E._____ führte in seinem Fachgutachten vom 11. Februar 2021 keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf. Die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Im objektiven Befund konnte er im formalen Denken eine Einengung der Versicherten auf ihre körperlichen und psychischen Beschwerden feststellen. Die Grundstimmung sei zuerst euthym, im Verlauf jedoch leicht depressiv gewesen. Es lasse sich aus den subjektiven Angaben der Versicherten eine depressive Grundstimmung von höchstens leichter Ausprägung herleiten. Die spezifischen objektiven Parameter (äusseres Erscheinungsbild, Psycho- und Sprachmotorik, Mimik und Gestik, Denktempo, kognitive Leistungen, Affektverarmung, affektive Schwingungsfähigkeit), welche die innerpsychische Vitalität der Versicherten sehr gut abzubilden vermögen würden, zeigten keine relevanten psychopathologischen Auslenkungen. Er könne deshalb lediglich eine leichte depressive Episode diagnostizieren, welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht wesentlich beeinflusse. Für ihre geklagten Schmerzen an den Schultern, am Rücken, an den Hüften und an den Fingergelenken beständen einzelne somatische Korrelate, die aber das Gesamtbild der von ihr erlebten und beklagten Körperschmerzen nicht erklärten. Es seien kaum Hinweise für bewusstseinsnahe Mechanismen vorhanden, die diesen Schmerzen zugrunde lägen. Insgesamt erfülle die Versicherte die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung. Eine Würdigung der Kriterien der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zeige jedoch, dass die psychischen Funktionsfähigkeiten der Versicherten nicht beeinträchtigt seien, weshalb er eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten attestiere.

7.2.2 Im rheumatologischen Gutachten vom 14. Februar 2022 hielt Dr. D._____ als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein multilokäres Schmerzsyndrom mit ausgedehntem myofaszialem Schmerzsyndrom der oberen Körperhälfte, verstärkt seit einer brusterhaltenden Operation links, und mit einer Verstärkung der seit Jahren vorbestehenden Arthralgien im Rahmen der antiöstrogenen Medikation, (2) eine Periarthropathia humeroscapularis vom Supraspinatus-typ links mit Impingement, aktivierter AC-Arthrose, Bursa subdeltoidea et subacromialis und ansatznaher Tendinopathie der Supraspinatussehne mit möglicher transtendinöser Partialläsion, (3) eine Periarthropathia humeroscapularis rechts vom Supraspinatus-typ beidseits mit aktivierter Bursitis subacromialis und AC-Arthrose, (4) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Fehlform, bei Chondrose mit breitbasiger medianer Diskushernie L4/5 und hypertroph aktivierter Spondylarthrose, rezessaler Stenose L5 beidseits, Dorsalverlagerung der Wurzel sowie leichter zentraler Spinalkanalstenose, Osteochondrose LWK 5/S1 und (5) eine ausgesprochene Müdigkeit (DD Cancer related Fatigue, DD im Rahmen der Fibromyalgie, DD psychogen im Rahmen einer Belastungssituation bei Tumorleiden) fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die diskret beginnenden Heberdenarthrosen und die diskret beginnende Rhizarthrose beidseits, die Spreizfüsse mit Hallux valgus und rigidus, eine zystische Raumforderung im linken Humeruskopf, ein invasiv duktales Mammakarzinom links, eine Hypothyreose, ein Status nach Covid-19 mit komplizierter, schwerer, purulenter Otitis externa et media rechts, eine Varicosis und ein Status nach Hysterektomie. In Bezug auf das multilokuläre Schmerzsyndrom sei festzustellen, dass heute die Kriterien für eine Fibromyalgie erfüllt seien und eine isolierte Schulterpathologie vor allem links vorliege, welche die Schulterbeweglichkeit auf dieser Körperseite deutlich mehr einschränke als rechts. Aufgrund der positiven Jobs-Tests liege links wahrscheinlich ein leichtes

Impingement vor. Die Arthralgien seien einerseits durch die Fibromyalgie und andererseits durch eine antiöstrogene Medikation bedingt. Die Periarthropathien zeichneten sich durch Einschränkungen der aktiven und passiven Beweglichkeit (d.h. der Abduktion) sowie Schonungszeichen mit leichter Atrophie des Musculus infraspinatus aus. Diese Schulterproblematik habe Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Befunde des chronischen Lumbovertebralsyndroms seien myofaszial. Bildgebend seien auch Diskopathien ohne Neurokompressionen nachgewiesen. Die Ursachen der Müdigkeit seien multifaktoriell und könnten nicht voneinander unterschieden werden. Dr. D.____ kam aufgrund dieser Befunde zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit im Housekeeping ab 1. November 2018 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, da die Versicherte keine dauernd schweren oder dauernd mittelschweren Arbeiten mehr ausführen könne. In diesem Zusammenhang äusserte er sich auch zur ausgeübten 10%igen Tätigkeit der Versicherten im Privathaushalt der Kinderärztin. Da sie dort von der Arbeitgeberin bei schwereren Arbeiten unterstützt werde, entspreche diese Arbeit dem Profil einer Verweistätigkeit, gemäss welchem ihr nur noch leichte Arbeiten zugemutet werden könnten. Zudem könne sie nicht dauernd sitzen oder stehen, nicht dauernd über Kopf oder in Zwangsstellungen, wie z.B. in der Vorhalte, arbeiten. Tätigkeiten, bei welchen sie die Arme dauernd auf oder über die Schulterhöhe heben oder sie mit mehr als 5 kg über dem Kopf belasten müsse, könne sie nicht mehr ausüben. Unter diesen Voraussetzungen sei es der Versicherten möglich, ab 1. November 2018 eine leidensangepasste Verweistätigkeit im Umfang von 60 % bezogen auf ein Ganztagespensum auszuüben. Die Einschränkung von 40 % lasse sich mit dem deutlich vermehrten Pausenbedarf begründen. Dieser definiere sich durch verschiedene Faktoren: Einerseits bestehe eine ausgesprochene Müdigkeit, welche sich seit der Karzinomdiagnose verstärkt habe. Andererseits liege eine Müdigkeit im Rahmen der Fibromyalgie vor. Die generalisierten Arthralgien seien zu einem Teil durch die Fibromyalgie und zu einem anderen Teil durch medikamentöse Nebenwirkungen bedingt. Im Bereich der Schultern komme noch eine Schmerzproblematik hinzu. Daraus ergäben sich Interaktionen, welche zu einem vermehrten Pausenbedarf führen.

7.2.3 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 14. Februar 2022 wurde als Erstes eine integrative medizinische Beurteilung vorgenommen, wobei die Einschätzungen aus den einzelnen Fachgutachten übernommen wurden. Anschliessend wurde sowohl aus rheumatologischer als auch psychiatrischer Sicht auf gewisse Inkonsistenzen zwischen den subjektiven Angaben der Versicherten und den objektiven Untersuchungsbefunden hingewiesen. Danach wurden die erhobenen Diagnosen aufgeführt und die Gesamtarbeitsfähigkeit beurteilt. Dabei wurde festgestellt, dass interdisziplinär die rheumatologische Beurteilung als Gesamtbeurteilung gelte.

7.3 Im Beschluss vom 9. Februar 2021 sprach das Kantonsgericht dem Gutachten von PD Dr. E.____ vom 11. Februar 2022, wonach bei der Versicherten keine psychischen Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beständen, volle Beweiskraft zu. Zum gleichen Schluss kommt das Gericht auch bei der heutigen Urteilsberatung. Das psychiatrische Gutachten beruht auf einer sorgfältigen Würdigung der erhobenen Befunde und leuchtet in der Beurteilung der qualitativen Funktionsfähigkeiten der Versicherten ein. Insgesamt bildet es eine zuverlässige und rechtsgenügeliche Grundlage, um den psychischen Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten beurteilen zu können. Dies wird von ihr zu Recht nicht bestritten.

7.4 Bis auf den zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten überzeugt auch das rheumatologische Gutachten von Dr. D. _____ in jeglicher Hinsicht. Der Gutachter sichtete die ihm zur Verfügung gestellten Akten, listete sie im Gutachten auf und erhob eine vollständige Anamnese. Er untersuchte die Versicherte persönlich und berücksichtigte die Beschwerden in der oberen Körperhälfte, namentlich an den Schultern, die Müdigkeit, die Fibromyalgie und die lumbale Problematik. In Bezug auf diese Beschwerden stellte er nachvollziehbar die Diagnosen eines multilokären Schmerzsyndroms mit Erfüllung der Kriterien einer Fibromyalgie, eines chronischen Lumbovertebralsyndroms bei Fehlform, einer ausgeprägten Müdigkeit und einer Periarthropathia humerscapularis vom Supraspinatustyp links und rechts, wobei die linke Seite ein Impingement und die rechte kein Impingement aufweise. Die Funktionseinschränkungen beurteilte er sodann sorgfältig aufgrund der Diagnosen. Schliesslich stellte er nachvollziehbar fest, dass die Versicherte aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen einen erhöhten Pausenbedarf benötige. Er kam dann zum überzeugenden Schluss, dass die Versicherte die angestammte Tätigkeit als Housekeeperin in einem Hotel nicht mehr ausüben könne, weil es sich dabei um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit handle, bei welcher sie vorwiegend stehen und gehen, zum Teil sich bücken und in vornüberbeugenden und unergonomischen Haltungen arbeiten müsse. Solche Arbeiten könne sie aufgrund ihrer Einschränkungen am Bewegungsapparat nicht mehr ausführen. Es leuchtet auch ein, dass Dr. D. _____ bei der Arbeit der Versicherten im Haushalt der Kinderärztin aufgrund deren Mithilfe von einer leichten Tätigkeit ausging. Dass die Versicherte heute die angestammte Tätigkeit als Housekeeperin in einem Hotel nicht mehr ausführen kann, stimmt auch mit den Beurteilungen der behandelnden Ärzte überein (vgl. undatierter Bericht des Spitals L. _____ [Dok.-Nr. 83/4]). Desgleichen begründete er seine Einschätzung, wonach die Versicherte in einer leidensangepassten Tätigkeit aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs zu 40 % eingeschränkt sei, plausibel. Es kann gut nachvollzogen werden, dass die Versicherte aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen nur noch leichte Arbeiten ausführen kann. Dr. D. _____ berücksichtigte in seiner Zumutbarkeitsbeurteilung auch das Rücken- und das Schulterleiden der Versicherten (kein dauerndes Sitzen oder Stehen, keine Arbeiten in Zwangsstellungen, nur noch gelegentlich Tätigkeiten auf oder über Schulterhöhe, keine Belastung der Arme oder Arbeiten mit ausgestreckten Armen mit Gewichten von mehr als 5 kg) und trug der Müdigkeit nach der Karzinomdiagnose und dem Zusammenspiel zwischen der Schulterschmerzproblematik und der Fibromyalgie mit einem Pausenbedarf von 40 % Rechnung. Entgegen der Ansicht der Versicherten geht aus dem rheumatologischen Gutachten klar hervor, dass die Leistungsfähigkeit der Versicherten insgesamt zu 40 % eingeschränkt ist. Dass die Leistungseinschränkung nicht mehr als 40 % beträgt, wird in der Konsensbeurteilung verdeutlicht.

8.1 Einzig der von Dr. D. _____ in seinem Fachgutachten aufgezeigte zeitliche Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten ist nicht bis ins Detail nachvollziehbar. Der Gutachter ging in seinem Fachgutachten auf den S. 53 und 55 davon aus, dass sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit vom 4. August 2017 bis 7. August 2017 eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 0 %, vom 8. August 2017 bis 20. August 2017 von 100 %, vom 21. August 2017 bis 30. April 2018 von 0 % und vom 1. Mai 2018 bis 31. Oktober 2018 von 50 % bestanden habe. Seit dem 1. November 2018 sei die Versicherte in ihrem angestammten Beruf zu 0 % und in einer leidensangepassten Verweistätigkeit zu 60 % arbeitsfähig. In der ersten Urteilsberatung vom 9.

Februar 2023 war dem Kantonsgericht nicht klar, wie die von Dr. D.____ attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit vom 1. Mai 2018 bis 31. Oktober 2018 und die ab 1. November 2018 bescheinigte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 10 % in einer Verweistätigkeit bei gleichzeitiger Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Arbeit zu begründen sei (vgl. Beschluss vom 9. Februar 2023 Ziff. 2.1 und 2.2). Zudem stellte es fest, dass mit Blick auf die Berichte der behandelnden Ärzteschaft für die Zeit vom 1. Mai 2018 bis 31. Oktober 2018 keine durchgehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Dazu komme, dass gemäss den Beurteilungen von Dr. K.____ vom 16. Juli 2018 und vom 31. August 2018 der Gesundheitszustand der Versicherten sich nicht – wie Dr. D.____ angenommen hat – erst ab 1. November 2018, sondern bereits ab 1. Juli 2018 verschlechtert habe (vgl. Beschluss vom 9. Februar Ziff. 3.1). Schliesslich wies es darauf hin, dass in Bezug auf den Zeitraum vom 1. Mai 2018 bis 31. Oktober 2018 aus dem rheumatologischen Gutachten nicht ersichtlich sei, auf welches Arbeitspensum sich die 50%ige Arbeitsfähigkeit beziehe (vgl. Beschluss vom 9. Februar 2023 Ziff. 3.2). In der Folge unterbreitete das Kantonsgericht Dr. D.____ am 20. Februar 2023 Ergänzungsfragen.

8.2 Zur ersten Frage des Kantonsgerichts, wie die ab 1. November 2018 bescheinigte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 10 % zu begründen sei, führte Dr. D.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 6. März 2023 aus, die Versicherte habe ihm berichtet, dass sich die Schulterproblematik nach der Infiltration Ende August 2018 für ca. 9 Monate verbessert habe. Auch die behandelnden Ärzte hätten von einem positiven Effekt gesprochen. Er wies weiter darauf hin, dass die von der Versicherten geschilderten Alltagsaktivitäten (regelmässige Spaziergänge, Abholen der Enkelkinder von der Schule, Erledigung von leichten Haushaltsarbeiten, Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Arbeitstätigkeit von 4 Stunden wöchentlich bei der Kinderärztin) einer beruflichen Tätigkeit auf einem körperlich leichten Niveau entsprächen. Die Herleitung der erhöhten Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ab 1. November 2018 orientiere sich an der bisherigen Tätigkeit der Versicherten im Housekeeping. Diese Tätigkeit habe die Versicherte bis 31. Oktober 2018 im Umfang von 50 % ausgeführt; eine vollständige Arbeitsunfähigkeit habe ab 1. November 2018 bestanden. Wenn die Versicherte in der Lage gewesen sei, bis 31. Oktober 2018 in einer schulterbelastenden Tätigkeit wie das Housekeeping 50 % zu arbeiten, müsse es ihr folglich möglich gewesen sein, in einer nicht schulterbelastenden Tätigkeit, ein höheres Pensum zu bewältigen. Aus diesem Grund sei er davon ausgegangen, dass in einer idealen Tätigkeit nicht nur eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, sondern eine solche von 60 % vorliege. Eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 60 % habe er für nicht realistisch gehalten. Man könne hinterfragen, weshalb er denn in der Zeit vor dem 1. November 2018 nicht von einer höheren Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgegangen sei. Dass er die Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf den 1. November 2018 festgelegt habe, sei arbiträr und eher zu Gunsten der Versicherten erfolgt.

Bei der zweiten Frage, wie sich die 50%ige Arbeitsfähigkeit für die Zeit vom 1. Mai 2018 bis 31. Oktober 2018 aus medizinischer Sicht erklären lasse, machte Dr. D.____ darauf aufmerksam, dass die Versicherte früher zwei Teilzeitbeschäftigungen nachgegangen sei. In diesem Zusammenhang verwies er auf das Problem, dass gerade bei Teilzeitpensa – wie hier – oft nicht ersichtlich sei, auf welches Arbeitspensum sich die von der behandelnden Ärzteschaft attestierten Arbeitsunfähigkeiten beziehen würden. Vorliegend sei für ihn auch nicht eruierbar gewesen, ob ihre Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nur für die 80%ige oder auch für die 10%ige Teilzeittätigkeit

gegolten hätten. Es würde zu weit gehen, wenn er für jedes Teilpensum klären müsste, für welche Tätigkeiten und für welches Pensum die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden sei. Er habe sich deshalb in erster Linie auf die Angaben der IV-Stelle im medizinischen Gutachtensauftrag vom 9. November 2021 gestützt, wonach für die Zeit vom 1. Mai 2018 bis 31. Oktober 2018 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Da die Versicherte bis 31. Oktober 2018 zu 50 % gearbeitet habe, habe er die vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auch erst ab 1. November 2018 bescheinigen können.

Zur Frage, weshalb er von den anderslautenden Arbeitsunfähigkeitszeugnissen abgewichen sei, führte er aus, dass die behandelnden Ärzte die Arbeitsunfähigkeiten grundsätzlich in Bezug auf die bisherige Tätigkeit der versicherten Person beurteilen würden. Wenn also der behandelnde Arzt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, bedeute dies nicht unbedingt, dass diese Einschätzung auch für eine Verweistätigkeit gelte. Es sei auch nicht Aufgabe des Behandlers, zu einer Verweistätigkeit Stellung zu nehmen. Er als Gutachter müsse aber zwischen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit unterscheiden, weshalb sich daraus unterschiedliche Einschätzungen ergäben.

Auf die Frage, von welchem Arbeitspensum er bei der vom 1. Mai 2018 bis 31. Oktober 2018 bescheinigten 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei, antwortete er, dass er seine Einschätzungen betreffend Arbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte als auch für eine Verweistätigkeit grundsätzlich immer hinsichtlich eines Ganztagespensums angebe.

8.3.1 In Würdigung der Antworten von Dr. D. ____ ist festzustellen, dass seine Ausführungen hinsichtlich der Dauer des Arbeitsverhältnisses im B. ____ nicht korrekt sind. Entgegen den Angaben von Dr. D. ____ arbeitete die Versicherte dort nicht bis Ende Oktober 2018, sondern nur bis zum 30. April 2018 (vgl. Kündigungsdatum im Fragebogen für Arbeitgebende vom 15. Juni 2018). Insofern läuft seine Begründung, weshalb er den Zeitpunkt der 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bzw. die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit auf den 1. November 2018 festlegte, ins Leere. Wäre die Aufgabe der Tätigkeit im B. ____ für die Festlegung des hier in Frage stehenden Zeitpunkts massgebend, so hätte er die 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Housekeeperin im B. ____ bzw. die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bereits per 1. Mai 2018 attestieren müssen. Weiter ist aufgrund seiner Ausführungen in der Stellungnahme vom 6. März 2023 immer noch nicht ganz klar, weshalb mit der per 1. November 2018 eingetretenen Verschlechterung in der angestammten Tätigkeit sich gleichzeitig die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit verbessert hat.

8.3.2 Auch wenn seine Antworten über den zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten nicht vollständig nachvollziehbar sind, geht aus seinem Ergänzungsgutachten vom 6. März 2023 jedoch deutlich hervor, dass er der Auffassung ist, es sei ab Mai 2018 keine Änderung des Gesundheitszustandes der Versicherten eingetreten. So zeigt insbesondere seine Formulierung, wonach man hätte hinterfragen können, warum er denn in der Zeit vor dem 1. November 2018 nicht von einer höheren Arbeitsfähigkeit als 50 % in einer Verweistätigkeit ausgegangen sei und er diesen Zeitpunkt arbiträr zu Gunsten der Versicherten gewählt habe, auf, dass er seiner Einschätzung keine gesundheitliche Veränderung zugrunde gelegt hat. Er bringt klar zum Ausdruck,

dass er den zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit vor dem 1. November 2018 nicht eigenständig beurteilt, sondern sich an die Angaben im Gutachtensauftrag der IV-Stelle vom 9. November 2021 und an die echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse der behandelnden Ärzteschaft gehalten habe. Im hier relevanten Zeitraum von Mai 2018 bis Oktober 2018 beurteilten nur Dr. K.____ und der Hausarzt Dr. O.____ die Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Dr. K.____ attestierte in seinen Berichten vom 11. und 25. April 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Mai 2018 bis 31. Mai 2018. Gemäss seinen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen vom 18. Mai 2018 und 5. Juni 2018 bestand vom 1. Juni bis 30. Juni 2018/3. Juli 2018 bzw. 30. August 2018 eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Bericht vom 16. Juli 2018 hielt Dr. K.____ demgegenüber eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 23. März 2018 bis 31. Mai 2018, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 1. bis 30. Juni 2018 und vom 1. Juli 2018 bis 30. August 2018 und eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit, jeweils bezogen auf ein 80%-Arbeitspensum, fest. Die 60%ige Arbeitsunfähigkeit verlängerte er mit Bericht vom 31. August 2018 bis 25. Oktober 2018. Diese Bescheinigungen geben kein einheitliches Bild über den Umfang der Arbeitsunfähigkeiten der Versicherten für die Zeit vom 1. Mai 2018 bis 31. Oktober 2018 ab, erweisen sie sich doch als widersprüchlich. So attestierte Dr. K.____ für die Monate Mai und Juni 2018 unterschiedliche Arbeitsunfähigkeiten. Der Grund für die in der gleichen Zeitperiode bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten von 40 % und 50 % mag darin liegen, dass er seine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse einmal hinsichtlich eines 80%- und einmal hinsichtlich eines 100%-Pensums ausgestellt hat. Allerdings kann damit nicht erklärt werden, weshalb er für den Mai 2018 einerseits eine 100%ige (vgl. Bericht vom 16. Juli 2018) und andererseits eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Berichte vom 25. April 2018) bescheinigte. Unklar ist auch, ob sich die Beurteilungen ausschliesslich auf das im B.____ ausgeübte 80%-Pensum beziehen oder ob sie auch die 10%ige Tätigkeit bei der Kinderärztin umfassen. Es ist wohl mit der Versicherten davon auszugehen, dass Dr. K.____ seine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse eher für ein 80%-Arbeitspensum ausgestellt hat (vgl. Bericht vom 16. Juli 2018). Bei all diesen Unsicherheiten ist es nachvollziehbar und nicht zu beanstanden, dass Dr. D.____ einen Mittelweg wählte und sich für die Beurteilung des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeiten unter Berücksichtigung des zusätzlichen 10%-Pensums bei der Kinderärztin an den Vorgaben der IV-Stelle orientierte. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Versicherte in der angestammten Tätigkeit für die Zeit von Mai bis Oktober 2018 zu 50 % arbeitsunfähig war und seit dem 1. November 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. In Bezug auf die Verweistätigkeit hätte Dr. D.____ den zeitlichen Beginn der 60%igen Arbeitsfähigkeit – wie er selbst anmerkt – durchaus früher bestimmen können. Er hat diesen jedoch zu Gunsten der Versicherten auf den 1. November 2018 festgelegt. Die von ihm vorgenommene arbiträre Beurteilung des Beginns der 60%igen Arbeitsfähigkeit per 1. November 2018 ist unter diesen Umständen letztlich nicht zu beanstanden.

8.4 An diesem Ergebnis ändert die anderslautende Beurteilung von Dr. O.____ betreffend Umfang der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit nichts. Dr. O.____ führte in seinem Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 25. April 2018 und seinem Bericht vom 20. Mai 2018 aus, dass ab 2. Mai 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte Tätigkeiten mit wechselnder Körperhaltung bestehe. Eine Begründung hierfür fehlt jedoch. In seinem Bericht vom 31. Dezember 2019 hielt er an dieser Einschätzung fest, wobei er gleichzeitig eine institutionelle Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit empfahl. Dies deutet darauf hin, dass seine Zumutbarkeitsbeurteilung für

eine Verweistätigkeit nicht abschliessend war. Sie ist deshalb nicht geeignet, an der Zuverlässigkeit der Einschätzung von Dr. D.____, wonach ab 1. November 2018 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe, zu zweifeln.

8.5 Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht des Spitals L.____ vom 27. Januar 2020, in welchem eine 80%ige (wohl 20%ige) Arbeitsfähigkeit für jegliche körperliche Tätigkeit bescheinigt wird. Auf den ersten Blick scheint es sich um eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit zu handeln. Mit Bericht vom 25. Dezember 2018 wird jedoch klar, dass sich diese Einschätzung auf die angestammte Tätigkeit beziehen muss, wird doch darin die Versicherte ab 17. Dezember 2018 zu 20 % arbeitsfähig bezogen auf ein 80%-Arbeitspensum geschrieben. Dass der Versicherten – entgegen der Einschätzung von Dr. D.____ – im bisher ausgeübten Beruf keine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, ist mit der Durchführung eines Belastbarkeitstrainings auf Kosten der IV und der Arbeitslosenversicherung zu erklären (vgl. Aktennotizen Standortgespräch vom 14. November 2018 und 19. Dezember 2018 sowie Abschlussbericht der Eingliederungsmassnahme vom 28. März 2019).

8.6.1 Zu keinem anderen Ergebnis führen die Vorbringen der Versicherten. Sie beanstandet, dass die Gutachter Dr. D.____ und Dr. E.____ keine eigentliche, die beiden medizinischen Disziplinen übergreifende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen hätten. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass PD Dr. E.____ in Würdigung der Standardindikatoren – auch mit Blick auf die von ihm diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren – keine funktionellen Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht feststellen konnte, welche zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit der Versicherten führten. Daran ändert auch die Feststellung von Dr. D.____ nichts, wonach die psychiatrische Grunderkrankung eine Ursache der Müdigkeit der Versicherten sein könnte. PD Dr. E.____ war die ausgeprägte Müdigkeit der Versicherten bekannt (vgl. psychiatrischen Gutachten, S. 10 und 12). Er berücksichtigte diese bei der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten (vgl. Gutachten, S. 18). Gemäss seinen überzeugenden Ausführungen zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen (Gutachten, S. 21 f.) scheint die Müdigkeit in psychischer Hinsicht jedoch nicht derart ausgeprägt zu sein, um die qualitativen Funktionsfähigkeiten der Versicherten wesentlich einzuschränken. Bei dieser Sachlage war es nicht notwendig, dass er die Ursachen der Müdigkeit in psychiatrischer Hinsicht abhandelte. Es ist deshalb nicht zu bemängeln, wenn die Gutachter insgesamt die rheumatologische Beurteilung als massgebend erachteten, ohne eine ausführliche Diskussion über die Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht zu führen.

8.6.2 Soweit die Versicherte bemängelt, PD Dr. E.____ habe – entgegen den Vorgaben der IV-Stelle für die Gliederung bei Konsensbeurteilungen – Textkopien aus seinem Fachgutachten in das interdisziplinäre Gutachten übernommen, ist darauf hinzuweisen, dass der Hinweis "keine Textkopien aus den Gutachten" nur im Zusammenhang mit der kurzen Zusammenfassung der Krankheitsentwicklung gilt (vgl. Beiblatt zu den Gutachtensaufträgen vom 9. November 2021 "Gliederung Konsensbeurteilung für bi- + polydisziplinäre Gutachten", Ziff. 4.1), was infolge der verlangten Kürze des Krankheitsverlaufes auch nachvollziehbar ist. Dieser Vorgabe ist der Gutachter nachgekommen, enthält doch seine fachspezifische Zusammenfassung keine Textkopien

aus seinem Fachgutachten. Es besteht kein sachlicher Grund zu beanstanden, dass er an anderen Stellen Textstellen aus seinem Fachgutachten in die Konsensbeurteilung übernahm. Da er keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht feststellen konnte, ist sein Vorgehen für eine interdisziplinäre Beurteilung ohnehin nicht von Belang.

8.7 Zusammenfassend ist festzustellen, dass das bidisziplinäre Gutachten von PD Dr. E.____ und Dr. D.____ vom 11./14. Februar 2022 samt Ergänzungsgutachten von Dr. D.____ vom 6. März 2023 eine genügende Grundlage bildet, um den Gesundheitszustand der Versicherten und deren Arbeitsfähigkeit samt deren zeitlichen Verlauf zuverlässig beurteilen zu können. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Versicherte vom 1. Mai 2018 bis 31. Oktober 2018 sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig war. Ab 1. November 2018 ist die Versicherte in der angestammten Tätigkeit zu 100 % und in einer leidensangepassten Verweistätigkeit zu 60 % arbeitsfähig.

9.1 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.1 hiervor), ist der Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. In der angefochtenen Verfügung vom 24. August 2022 führte die IV-Stelle den Einkommensvergleich gemäss Art. 16 ATSG in Anwendung der gemischten Methode auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (hier: 1. Oktober 2018) durch. Dabei nahm sie die Berechnung in zutreffender Weise nach dem seit als Folge des Urteils des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) vom 2. Februar 2016 in Sachen Di Trizio gegen die Schweiz (7186/09) per 1. Januar 2018 in Kraft gesetzten Art. 27^{bis} Abs. 2 IVV vor. Danach werden bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, für die Bestimmung des gesamten Invaliditätsgrades der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert. Laut Abs. 3 der neuen Verordnungsbestimmung richtet sich die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Art. 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (lit. a) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die versicherte Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (lit. b).

9.2 Die IV-Stelle setzte das Valideneinkommen im Erwerbsbereich hinsichtlich der 80%igen Teilzeittätigkeit im B.____ gestützt auf die Angaben des ehemaligen Arbeitgebers vom 15. Juni 2018 und hinsichtlich der 10%igen Teilzeittätigkeit bei der Kinderärztin gestützt auf das durchschnittliche Jahreseinkommen der Jahre 2015 und 2016 gemäss Auszug aus dem Individuellen Konto fest. Unter Berücksichtigung der bis 2018 erfolgten Nominallohnentwicklung ermittelte sie ein massgebendes Valideneinkommen von insgesamt Fr. 55'599.--. Das Invalideneinkommen bestimmte sie unter Bezug der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 des Bundesamtes für Statistik (Tabelle TA1_tirages_skill_level, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Spalte Frauen) auf der Grundlage eines zumutbaren Pensums von 50 % ab 4. August 2018 (= Ablauf der Wartefrist) und einem solchen von 60 % ab 1. November 2018. Dabei bezifferte sie das Invalideneinkommen auf Fr. 27'342.-- (ab 4. August 2018) bzw. auf Fr. 32'809.- (ab 1. November 2018). Einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn nahm sie nicht vor.

Anschliessend gelangte sie anhand einer Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen zu einem Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 51,04 % ab 1. Mai 2018 und von 41,25 % ab 1. November 2018. Die von der IV-Stelle für die Bemessung des Invaliditätsgrades verwendeten Berechnungsgrundlagen werden von der Versicherten zu Recht nicht beanstandet. Sie macht jedoch geltend, dass ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von mindestens 20 % angezeigt sei.

9.3.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Damit 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/bb-cc). Das Bundesgericht betont die überragende Bedeutung des leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn als Korrekturinstrument bei der Festsetzung eines möglichst konkreten Invalideneinkommens (BGE 148 V 174 E. 9.2.2 und 9.2.3; Urteile des Bundesgerichts vom 4. November 2022, 9C_395/2022, E. 4.5.1, vom 19. Oktober 2022, 8C_332/2022, E. 5.2.1.1 und vom 27. Juli 2022, 9C_339/2021, E. 4.5.4.1). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen 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).

9.3.2 Die Versicherte begründet den von ihr geltend gemachten Abzug von mindestens 20 % mit ihren stark limitierenden, krankheitsbedingten Einschränkungen und den fehlenden Sprachkenntnissen. Mit diesem Vorbringen kann sie vorliegend jedoch nichts zu ihren Gunsten ableiten. Gemäss Gutachten der Dres. E.____ und D.____ ist ihr aus medizinischer Sicht eine berufliche Tätigkeit in einer körperlich leichten, rücken- und schulterchonenden Arbeit ohne Zwangsstellungen, ohne dauerndes Stehen und Gehen, ohne Belastung der Arme mit Gewichten über 5 kg über Schulterhöhe, über Kopf oder Heben am langen Hebel zu 60 % zuzumuten. Mit der 40%igen Leistungseinschränkung wurden der Müdigkeit der Versicherten, der Schulterproblematik und der Fibromyalgie Rechnung getragen. Eine weitergehende Minderung des Rendements ist der Expertise nicht zu entnehmen. Damit wurden sämtliche von der Versicherten geltend gemachten gesundheitlichen Leistungseinschränkungen und der vermehrte Pausenbedarf berücksichtigt. Unter diesen Umständen rechtfertigt sich kein Abzug vom Tabellenlohn, würde dies doch auf eine doppelte Berücksichtigung der bereits in der medizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossenen gesundheitlichen Einschränkungen hinauslaufen. Nicht abzugsrelevant sind sodann die sprachlichen Schwierigkeiten, da Hilfsarbeiterinnentätigkeiten keine guten Kenntnisse der deutschen Sprache erfordern (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2018, 9C_266/2017, E.

3.3.4 mit Hinweisen). Im Lichte dieser Rechtsprechung, die das Bundesgericht im erwähnten Entscheid 148 V 174 nicht in Frage gestellt hat, ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle der Versicherten vorliegend keinen Abzug vom Tabellenlohn gewährt hat.

9.4 Zur Ermittlung der Beeinträchtigungen im Haushaltsbereich gab die IV-Stelle eine Haushaltsabklärung vor Ort in Auftrag, welcher gemäss Bericht vom 11. August 2020 keine Einschränkungen ergab. Der Bericht erweist sich im Lichte der höchstrichterlichen Rechtsprechung zum Beweiswert der Haushaltsabklärungsberichte als überzeugend, wurde er doch von qualifizierten Personen in Kenntnis der örtlichen, räumlichen und persönlichen Gegebenheiten erstellt. Er trägt auch den Einschränkungen der Versicherten angemessen und detailliert Rechnung. Schliesslich ist der Berichtstext plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen und stimmt mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben überein (vgl. zu den Anforderungen an einen beweiskräftigen Haushaltsbericht: AHI-Praxis 2003 S. 218 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. April 2010, 9C_90/2010, E. 4.1.1.1). Er wird von der Versicherten zu Recht nicht beanstandet.

9.5 In Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung ergibt sich aufgrund des Gesagten in Berücksichtigung der zeitlichen Beanspruchung von 90 % im Erwerbs- und von 10 % im Haushaltsbereich bei einer Einschränkung im Erwerbsbereich von 45,94 % ab 4. August 2018 (0,90 x 51,04 %) bzw. von 37,13 % ab 1. November 2018 (0,90 x 41,25 %) und einer solchen im Haushaltsbereich von 0 % ein gerundeter Invaliditätsgrad (vgl. zur Rundungspraxis: BGE 130 V 121 ff.) von 46 % ab 4. August 2018 bzw. von 37 % ab 1. November 2018. Somit hat die IV-Stelle der Versicherten in Anwendung von Art. 88a IVV korrekterweise eine vom 1. Oktober 2018 bis 31. Januar 2019 befristete Viertelsrente zugesprochen. Die gegen die betreffende Verfügung vom 24. August 2002 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

10.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Kantonsgericht kostenpflichtig. Die entsprechenden Kosten werden unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand zwischen Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Sie sind gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei zu auferlegen. Im vorliegenden Fall, in welchem dem Kantonsgericht ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, rechtfertigt es sich, der Versicherten Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- aufzuerlegen.

10.2.1 Im Zusammenhang mit den Kosten für gerichtliche Abklärungen ist Art. 45 Abs. 1 ATSG zu beachten. Dieser Bestimmung zufolge hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen veranlasst, so hat er deren Kosten dennoch zu übernehmen, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Wie das Bundesgericht in BGE 137 V 210 ff. entschieden hat, sind in jenen Fällen, in denen zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, die Kosten der durch das Gericht in Auftrag gegebenen Begutachtung den IV-Stellen

aufzuerlegen. In BGE 139 V 496 hat das Bundesgericht präzisierend Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können, zu berücksichtigen sind. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe; wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder wenn sie auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (BGE 125 V 351 E. 3a). Wenn die Verwaltung dagegen den Untersuchungsgrundsatz respektiert und ihre Auffassung auf objektive konvergente Grundlagen oder auf die Ergebnisse einer rechtsgenügenden Expertise gestützt habe, sei die Überbindung der Kosten des erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens an sie nicht gerechtfertigt, aus welchen Gründen dies auch immer erfolge (zum Beispiel aufgrund der Einreichung neuer Arztberichte oder eines Privatgutachtens; zum Ganzen: BGE 139 V 496 E. 4.4 mit Hinweisen).

10.2.2 Vorliegend ist das Kantonsgericht anlässlich der Urteilsberatung vom 9. Februar 2023 zum Ergebnis gelangt, dass ein Sachentscheid gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht möglich war. Hintergrund bildete der Umstand, dass die rheumatologische Beurteilung von Dr. D.____ in Bezug auf den zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten nicht klar war und deshalb nicht zu überzeugen vermochte (vgl. Beschluss vom 9. Februar 2023). Der IV-Stelle ist es nicht gelungen, mit Bericht des RAD-Arztes Dr. F.____ vom 6. Oktober 2022 diesbezüglich Klarheit zu schaffen (vgl. Beschluss vom 9. Februar 2023, Ziffer 3.1). Da auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte keine verlässliche Entscheidungsgrundlage bildeten, waren die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit nicht ausreichend beweiskräftig. Demnach wies das Verwaltungsverfahren Untersuchungsmängel auf, die eine ergänzende Stellungnahme von Dr. D.____ notwendig machten. Im Lichte der geschilderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind die resultierenden Kosten für diese rheumatologische Stellungnahme, welche sich auf insgesamt Fr. 1'000.-- belaufen (vgl. Honorarrechnung von Dr. D.____ vom 6. März 2023), der IV-Stelle aufzuerlegen.

10.3 Gemäss Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG hat nur die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem Prozessausgang entsprechend ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Die Kosten für die Stellungnahme von Dr. med. D._____ vom 6. März 2023 in der Höhe von Fr. 1'000.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.
 4. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.