



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. Oktober 2021 (720 21 61 / 278)

Invalidenversicherung

Auf das beweiskräftige Verwaltungsgutachten kann abgestellt werden.

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1970 geborene A.____ war zuletzt seit 2003 im Teilzeitpensum (ca. 50-60%) als Raumpflegerin tätig. Seit November 2013 war sie bei der Job-Vermittlung X.____ zu einem 40%-Pensum auf Stundenbasis angestellt und führte in der restlichen Zeit Reinigungsarbeiten in einem Privathaushalt aus. Am 19. Juli 2016 meldete sie sich unter Hinweis auf somatische und psychische Beeinträchtigungen, bestehend seit ungefähr 2014, bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse verneinte die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit

Verfügung vom 11. Januar 2021 einen Anspruch auf eine Invalidenrente unter Hinweis auf einen Invaliditätsgrad von 26%.

B. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, mit Eingabe vom 11. Februar 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Januar 2021 sei aufzuheben und diese zu verpflichten, ihr eine Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen, mindestens aber eine Viertelrente, zu leisten. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit durchzuführen und anschliessend erneut über den Rentenanspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin zu entscheiden; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, dass das von der IV-Stelle eingeholte bidisziplinäre Gutachten in verschiedener Hinsicht nicht über den erforderlichen Beweiswert verfüge. In erwerblicher Hinsicht sei das Valideneinkommen anhand der Angaben ihrer letzten Anstellung zu ermitteln, wobei der erzielte Stundenlohn auf ein 100%-Pensum hochzurechnen sei. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens könne sodann nicht auf den Medianwert abgestellt werden. Dieses sei vielmehr anhand des unteren Quartilbereichs zu bestimmen. Schliesslich sei ihr ein leidensbedingter Abzug zu gewähren, womit insgesamt ein Invaliditätsgrad von deutlich über 40% resultieren würde.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 27. April 2021 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, wobei sie dieser eine Stellungnahme von Dr. med. B._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), vom 19. Februar 2021 beilegte.

Auf die Vorbringen der Parteien ist – soweit notwendig – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.2 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).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

3. 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 Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. 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. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Un-

terlagen 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 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So führte das Bundesgericht zu den Gerichtsgutachten aus, dass das Gericht "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten abweicht, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 351 E. 3b/aa). Gleichwohl wie bei Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht insbesondere einem von ihm eingeholten Gerichtsgutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Schliesslich lässt es die Natur des Begutachtungsauftrags eines amtlich bestellten fachmedizinischen Experten nicht zu (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b), ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn andere Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil beispielsweise die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im

Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5.1 Für die Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen von Relevanz:

5.2 Am 8. August 2016 diagnostizierten Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und M. Sc. D.____, Psychologin, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 45.41), eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse: sexueller Missbrauch (Z61) und Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung (emotionale und andere Formen der Vernachlässigung des Kindes [Z62], Feindseligkeit gegenüber dem Kind [Z62], andere abnorme Erziehungsmerkmale [Z62]). Die Patientin würde seit vielen Jahren an verschiedenartigen Schmerzen (Gelenkschmerzen, Bauchschmerzen) und Migräneanfällen (2-3 Tage pro Monat) leiden. Seit einigen Monaten hätte sich die Schmerzsymptomatik verstärkt. Zusätzlich hätten sich depressive Symptome wie Affektlabilität, Antriebsverlust, Gedankenkreisen, Grübeln sowie eine erhöhte Erschöpfbarkeit eingestellt. Die Patientin berichte auch von verstärktem Schwitzen und innerer Unruhe. Aufgrund der schweren verschiedenartigen und langjährigen Traumatisierungen der Patientin sowie des chronifizierten Verlaufs der Erkrankung sei die Behandlung schwierig. Es könne aber davon ausgegangen werden, dass sich der Zustand in den nächsten drei bis sechs Monaten verbessere und die Arbeitsfähigkeit zumindest teilweise wiederhergestellt werden könne. Dabei wurde ab Mitte August 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf die angestammte Tätigkeit diagnostiziert.

5.3 Mit Zwischenbericht vom 12. Dezember 2016 stellten Dr. C.____ und M. Sc. D.____ die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 45.41), einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) sowie eines Verdachts auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Die Patientin sei vor einigen Monaten in den Kanton Basel-Landschaft in die Nähe ihrer Familie gezogen. Dieser Wechsel scheine auf psychischer Ebene eine gewisse Dynamik ausgelöst zu haben, wobei zahlreiche Erlebnisse aus der Vergangenheit wieder verstärkt an die Oberfläche drängen würden. Vermutlich habe die Patientin eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, welche sich im Verlauf immer stärker körperlich ausgeprägt und schliesslich in eine chronische Schmerzstörung umgewandelt habe. Die Patientin besitze dennoch sehr wertvolle Ressourcen sowie Veränderungs- und Arbeitsmotivation. Es sei die Weiterführung der sozialpsychiatrischen Begleitung zu empfehlen.

5.4 Am 14. Januar 2017 erstattete Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung. Zusammenfassend sei das klinische Bild mit einer chronifizierten Schmerzstörung vereinbar. Diagnostisch bestehe in Kenntnis der Vorgeschichte und aufgrund des aktuellen Befunds am Vorliegen einer langjährigen psychischen Störung kein Zweifel. Es handle sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1). Hinweise für eine manifeste Depression würden sich gegenwärtig nicht ausmachen lassen. Eine

solche lasse sich rückblickend aber nicht ausschliessen. Die diagnostische Zuordnung sei in diesem Fall etwas schwer, zumal sich die Versicherte ihren Aussagen zufolge lediglich im Jahr 2003 für rund ein halbes Jahr in psychiatrische Behandlung begeben habe. Vor dem Hintergrund der Vorgeschichte könne man in Übereinstimmung mit Dr. C._____ und M. Sc. D._____ den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung äussern. Die Schmerzstörung stehe jedoch unstrittig im Vordergrund. Plausibel sei, dass eine langjährige und wiederholte Erfahrung von sexuellem Missbrauch und psychischer Erniedrigung den psychodynamischen Hintergrund der Störung bilde. Es bleibe indessen offen, weshalb es im Frühsommer dieses Jahres zu einer Eskalation der gesundheitlichen Verfassung gekommen sei. Blicke man zurück, sei die Versicherte insoweit stabil gewesen, als dass sie bis vor rund einem halben Jahr einer beruflichen Beschäftigung habe nachgehen können. Die Ausgangslage mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit sei im Moment nicht abschliessend zu klären. Es sei davon auszugehen, dass es mithilfe von Reintegrationsmassnahmen möglich sein sollte, die Versicherte zumindest teilweise wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

5.5 Im Rahmen eines weiteren Verlaufsberichts vom 27. November 2017 diagnostizierten Dr. C._____ und M. Sc. D._____ die bekannte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 45.41) sowie einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1). Die depressive Symptomatik habe sich deutlich gebessert. Die depressive Episode könne als remittiert bezeichnet werden. Ebenso habe sich die posttraumatische Belastungsstörung zurückgebildet. Die Patientin habe zudem in ihrer psychischen Entwicklung an Reifung und Selbstsicherheit gewonnen. Die Belastbarkeit im arbeitsbezogenen Kontext müsse aus körperlichen Gründen nach wie vor als sehr gering bis nicht vorhanden beurteilt werden. Die somatischen Schmerzen, die Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit sowie die zustandsabhängige Stabilität der Leistungsfähigkeit würden sie kaum für den ersten Arbeitsmarkt qualifizieren.

5.6 Mit Vorbescheid vom 15. Februar 2018 lehnte die IV-Stelle gestützt auf die vorstehend zitierte Aktenlage einen Rentenanspruch ab.

5.7 Im Rahmen des Einwandverfahrens gegen diesen Vorbescheid gab die Versicherte eine Stellungnahme von Dr. C._____ vom 14. März 2018 zu den Akten. Dr. C._____ wies im Wesentlichen darauf hin, dass in den Akten durchaus somatische Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit dokumentiert seien. Er könne sodann der Auffassung von Dr. E._____ folgen, wonach bei der Versicherten die Diagnose einer chronifizierten Schmerzstörung im Vordergrund stehe. Dabei würden diagnoseinhärent sowohl psychische als auch somatische Faktoren eine Rolle spielen. Den psychischen Faktoren werde eine wichtige Rolle hinsichtlich Schweregrad und Aufrechterhaltung der Schmerzen zugeschrieben, jedoch seien sie nicht die Ursache für deren Existenz. In der Praxis würden die Schmerzen in verschiedenen Funktionsbereichen (sozial, beruflich) ein klinisch relevantes Leiden verursachen. Die Patientin sei in ihrer Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit deutlich eingeschränkt. Sie sei nicht stabil genug, um längerfristig auf dem ersten Arbeitsmarkt einsetzbar zu sein. Korrekt sei, dass eine deutliche Besserung der psychischen Symptomatik festzustellen sei und die noch zu Beginn gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung nicht mehr vorliege. Zu Behandlungsbeginn habe die

Patientin aber unstreitig die gemäss ICD-10 erforderlichen Kriterien für eine Depression erfüllt. Zusätzlich habe auch die psychopharmakologische Medikation (Duloxetin) geholfen, zu einer Stabilisierung beizutragen. Nicht haltbar sei demnach die Aussage, wonach zu keinem Zeitpunkt eine relevante Depression bestanden habe. Er gehe aber insofern mit den Ausführungen im Vorbescheid einig, dass aufgrund der Depression keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Seit der Erstellung des Gutachtens durch Dr. E.____ sei sodann bereits ein Jahr vergangen, weshalb der seitherige Verlauf angemessen berücksichtigt und begutachtet werden sollte und eine erneute Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen habe.

5.8 In der Zeit vom 9. Mai 2018 bis 6. August 2018 erfolgte ein stationäres Konsil im Spital F.____, in dessen Rahmen auch ambulante Psychotherapiegespräche durchgeführt wurden. Im hierzu ergangenen Bericht vom 1. Oktober 2018 wurden eine andauernde posttraumatische Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.0, F43.1), eine Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) bei myofaszialem Schmerzsyndrom diagnostiziert. Die Patientin leide unter den Symptomen Hyperarousal, Schlafstörungen mit Albträumen, Flashbackerleben sowie Zwangshandlungen in Form von Wasch- und Putzzwängen. Ausgelöst durch Trauma-Erinnerungen komme es zu körperlichen Schmerzen mit Anspannung und Angstsymptomen. Selbstunsicherheit, Rückzugsneigung sowie Konzentrationsstörungen die als Folge der Komplextraumatisierung und der Schlafstörung aufträten, würden zusätzlich komplexe Handlungsabläufe erschweren. Daraus resultierten eine eingeschränkte Ausdauer- und Konzentrationsfähigkeit sowie ein vermindertes Durchhaltevermögen. Vor diesem Hintergrund sei die Patientin auf längere Sicht nicht in der Lage, einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nachzugehen.

5.9 Im Abklärungsbericht der Psychiatrie G.____ vom 11. September 2019 (ambulante Behandlung vom 31. Mai 2019) wurden eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert. Die Patientin leide an einer schwergradigen posttraumatischen Belastungsstörung, ausgelöst durch familiäre und sexualisierte Gewalt innerhalb und ausserhalb der Familie während der Kindheit und Jugend. Die persönlichkeitsstrukturellen Defizite könne man mit der weiterhin vorhandenen PTPS-Symptomatik im Sinne des ICD-11 als komplexe Traumafolgestörung (kPTBS) klassifizieren. Die Diagnosen seien ausführlich mit der Patientin besprochen und ihr traumaspezifische Therapiemöglichkeiten aufgezeigt worden. Eine spezifische Traumatherapie mit stabilisierenden und konfrontativen Elementen könnte sich positiv auf die Belastung von Intrusionen, die innere Anspannung und das Vermeidungsverhalten auswirken. In Bezug auf die strukturellen Defizite im Rahmen der Komplextraumatisierung mit Aspekten von Sinnverlust und resignativem Erleben würden die Therapieempfehlungen gelten, wie sie von psychodynamischer Seite niedergelegt worden seien. Hierzu würde sich die Aufnahme einer Traumatherapie bei einer Therapeutin mit entsprechender Expertise für komplextraumatisierte Patientinnen anbieten.

5.10 Zur Abklärung des aktuellen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten holte die IV-Stelle ein Gutachten bei Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, ein, welches

am 29. April 2019 bzw. 27. September 2019 erstattet wurde. In diesem Gutachten diagnostizierten die Fachpersonen aus interdisziplinärer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), eine leichtgradig ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie ein generalisiertes myofasiales Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.19) im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung bei diskreten, nicht progredienten degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie einer medial betonten Gonarthrose beidseits und einer deutlichen Retropatellararthrose beidseits mit Lateralisierung der Patella. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird u.a. eine Zwangsstörung (ICD-10 F42.1) aufgeführt.

Im psychiatrischen Fachteil wurde hierzu festgehalten, dass die Explorandin Schmerzen im ganzen Körper beklage und das Beschwerdebild diffus sei. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, praktisch nicht mehr arbeiten zu können, könne durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die Explorandin sei seit Jahren belastet durch die sich ihr aufdrängenden Nachhallerinnerungen und die angstbesetzten Träume. Sie sei in ihrer Kindheit und Jugend jahrelang körperlich und sexuell misshandelt worden. Auf dem Hintergrund dieser Belastungen könne die psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden gesehen werden. Dabei sei aber zu erwähnen, dass die Explorandin den Haushalt selbstständig führe, zweimal täglich mit ihrem Hund unterwegs sei und regelmässig soziale Kontakte pflege. Die Explorandin leide seit Jahren unter depressiven Verstimmungen. Sie leide unter einem verminderten Antrieb und einer erhöhten Ermüdbarkeit. Diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode. Im Rahmen der Schmerzstörung und der depressiven Störung sei sie nun vermehrt mit Erinnerungen an die Missbrauchserfahrungen belastet. Die in den vorliegenden Akten diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung könne bestätigt werden, wobei die Symptome geringgradig ausgeprägt seien. Trotz des jahrelangen Missbrauchs habe die Explorandin eine 10-jährige Beziehung zu einem Mann geführt und sei zudem sechs Jahre verheiratet gewesen. Sie vermisse eine Beziehung nicht, sie fühle sich jetzt wohl alleine. Die Explorandin sei auch nicht in vegetative Erregung geraten, als sie über die erlittenen Misshandlungen berichtet habe. Ferner zeige sie keine misstrauische Haltung der Welt gegenüber, keinen ausgeprägten sozialen Rückzug, keine Gefühle der Leere oder Nervosität und sie fühle sich auch nicht entfremdet. Damit seien keine Symptome einer andauernden Persönlichkeitsveränderung feststellbar. Die Zwangsstörung sei geringgradig ausgeprägt. Die Explorandin müsse jeden Morgen 15 Minuten heiss duschen und wasche sich circa zehnmal die Hände. Diese Zwänge würden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, dass Einschränkungen aufgrund der depressiven Störung und der Schmerzstörung bestünden. Insgesamt bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit in diesem Umfang seit Beginn der psychiatrischen Behandlung im Juli 2016 vermindert sei. Es fänden sich keine Hinweise für eine frühere langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Im rheumatologischen Fachgutachten wird zusammenfassend ausgeführt, dass sich das klinische Bild eines generalisierten myofaszialen Schmerzsyndroms im Rahmen einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren finde. Dieses würde den somatischen Anteil des psychosomatischen Prozesses darstellen. Aus somatischer Sicht würden diffuse myotendinotische Verspannungen der axialen Muskulatur imponieren, welche im Rahmen der Entwicklung der Schmerzstörung zu verstehen seien, da keine relevanten degenerativen Veränderungen im Bereich der gesamten Wirbelsäule (MRI vom 28. Mai 2019) festzustellen seien. Im Übrigen fänden sich eine Reihe von diskreten degenerativen Veränderungen. So bestünden leichtgradige degenerative Veränderungen an einzelnen DIP-Gelenken der Hände im Rahmen einer beginnenden Polyarthrose der Hände sowie eine beginnende rechtsseitige Coxarthrose, welche zu keiner klinisch manifesten Funktionseinschränkung führen würden. Es würden sich keine Hinweise auf eine Progression dieser degenerativen Veränderungen und keine Anhaltspunkte für eine entzündliche Aktivierung zeigen. Im Bereich der Kniegelenke bestünden eine mässiggradige medialbetonte Gonarthrose beidseits sowie Zeichen einer bilateralen Retropatellararthrose. Klinisch sei eine retropatellare Krepitation bei passiver Verschiebung der Patella auszulösen, bei sonst normal erhaltener Beweglichkeit der Kniegelenke in Flexion/Extension und ohne Zeichen einer entzündlichen Aktivierung dieser degenerativen Veränderungen bei fehlenden Hinweisen auf eine Überwärmung, Synovialitis oder einen Gelenkerguss im Bereich beider Kniegelenke. Die Explorandin stehe aktuell trotzdem unter hochdosierten Opiaten (100mg Palexia 2x täglich) und NSAR (200mg Celebrex 2x täglich), welche eigentlich keinen relevanten Einfluss auf die subjektiv beklagten diffusen Schmerzen ausüben könnten. Diese Diskrepanz zwischen dem klinisch stabilen Verlauf in Bezug auf die degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat und der therapeutischen Eskalation mit Opiaten lasse sich aus somatischer Sicht nicht erklären. Daraus könne gefolgert werden, dass die psychogene Komponente (Schmerzstörung) deutlich im Vordergrund stehe. Aufgrund des generalisierten myofaszialen Schmerzsyndroms bestehe einerseits ein erhöhter Pausenbedarf und andererseits eine Verlangsamung. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage 75%. Eine körperlich leichte bis höchstens mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, ohne Notwendigkeit Lasten über 10kg zu heben, zu tragen oder zu stossen und in die Hocke zu gehen, sei ihr vollschichtig zumutbar.

Im Rahmen ihrer Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass ab Juni 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 30% für jegliche Tätigkeiten bestehe. Die psychiatrischen Diagnosen seien führend. Die rheumatologischen Diagnosen würden lediglich zu einer qualitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit für körperlich schwere Arbeiten führen, weshalb die Arbeitsunfähigkeit nicht zu addieren sei. Hierbei sei auch zu berücksichtigen, dass es sich um den gleichen psychosomatischen Prozess handle.

5.11 Anlässlich des vorliegenden Beschwerdeverfahrens legte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dipl.-Psych. J._____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, vom 4. Februar 2021 ins Recht. Diese diagnostizierte darin eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) und eine chronische Depression mit mittelgradig ausgeprägter Symptomatik, allenfalls teilremittiert. Die Patientin sei durch die frühen anhaltenden körperlichen und psychischen Traumatisierung

gen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung stark beeinträchtigt worden. Es hätten sich deutliche dysfunktionale Schemata herausgebildet. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit und auch die Fähigkeit, familiäre bzw. intime Beziehungen zu pflegen seien schwer beeinträchtigt. Auch das Verhältnis zum eigenen Körper sei schwer beeinträchtigt, was sich in der Tendenz zu Selbstverletzungen aber auch in den belastenden und selbstschädigenden Waschzwängen zeige. Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und -pflege sei daher schwer beeinträchtigt. Es sei von einem chronischen Verlauf auszugehen, welcher zu einer zunehmenden und erheblichen Instabilität und damit zu einer deutlichen Reduktion der Arbeitsfähigkeit geführt habe, so dass faktisch keine Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt bestehe.

5.12 Am 19. Februar 2019 nahm der RAD-Arzt Dr. B.____ zu den Vorbringen in der Beschwerde Stellung. Die posttraumatische Belastungsstörung, einschliesslich der dazugehörigen Symptomatik, sowie auch die chronische Depression seien im Gutachten von Dr. H.____ ausführlich beschrieben worden. Dabei sei den damit verbundenen Auswirkungen mit einer Arbeitsunfähigkeit von 30% Rechnung getragen worden. Hierbei werde auch der fluktuierende Verlauf der depressiven Störung berücksichtigt, da eine leichte depressive Episode in aller Regel keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit begründen könne. Bei den von Dipl.-Psych. J.____ aufgeführten Tests (BDI und DES II) handle es sich um reine Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik. Diese seien – obschon sie im Rahmen der Psychotherapie durchaus sinnvoll angewendet würden – im versicherungsmedizinischen Kontext zurückhaltend zu bewerten, da sie ausschliesslich auf subjektive Angaben und nicht auf objektive ärztliche Befunde abstützen würden. Die behandelnde Psychologin habe ferner im Sinne einer Gesamtbetrachtung die Ressourcen nicht berücksichtigt. Die Erhebung des vorhandenen Funktionsniveaus zeige keineswegs ein sozialer Rückzug in allen Lebenslagen und der innere und äussere Ordnungszustand sei vorhanden. Auch die Ergebnisse aus der Haushaltsabklärung, wonach keine Einschränkung im Haushalt bestehe, ergebe ein übereinstimmendes Bild mit dem Gutachten. Unbestritten sei, dass die Versicherte aufgrund ihrer psychischen Belastung teilweise beeinträchtigt sei. Die von Dipl. Psych. J.____ beurteilte faktische Arbeitsunfähigkeit widerspreche indessen dem nachweislich vorhandenen Funktionsniveau.

6.1 Die IV-Stelle stütze sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen die Gutachter Dres. H.____ und I.____ in ihrem Gutachten vom 29. April 2019 bzw. 27. September 2019 gelangt waren. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (Juni 2017) die Ausübung einer leidensadaptierten körperlich leichten Tätigkeit, ohne Notwendigkeit Lasten über 10kg zu heben, zu tragen oder zu stossen und repetitiv in die Hocke zu gehen bzw. zu knien, zu 70% zumutbar gewesen sei.

6.2 Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. E. 4.3 hiervor mit Hinweis auf

BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Solche Indizien liegen keine vor. Das Gutachten ist insgesamt umfassend und die darin dargelegten medizinischen Zusammenhänge sowie die jeweils vorgenommenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Die Gutachter haben die Versicherte persönlich untersucht, eine umfassende Anamnese erhoben und gehen einlässlich auf ihre Angaben und Beschwerden ein. Sie setzen sich zudem fundiert mit den bei den Akten liegenden medizinischen Berichten auseinander und begründen abweichende Einschätzungen in überzeugender Weise.

6.3 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage zu stellen.

6.4.1 Die Beschwerdeführerin zweifelt die Beweistauglichkeit des Gutachtens insofern an, als sie geltend macht, dass das der Expertise zugrundeliegende Untersuchungsgespräch lediglich eine Stunde und zehn Minuten gedauert habe und folglich nicht ausreiche, um die lange Leidensgeschichte mit komplexer Symptomatik angemessen beurteilen zu können. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nicht auf die Untersuchungsdauer ankommt. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2017, 8C_71/2017, E. 6 mit Hinweis). Wie hiervor dargelegt (vgl. E. 6.2), sind diese Voraussetzungen vorliegend erfüllt, zumal keine konkreten Hinweise bestehen, wonach sich die Untersuchungsdauer negativ in der Qualität und der Aussagekraft des Gutachtens niedergeschlagen hätte. Diesbezüglich gilt es auch zu berücksichtigen, dass sich die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht ausschliesslich auf die Befunderhebung anlässlich der Untersuchung stützten. Vielmehr erging die Beurteilung auch in Kenntnis und unter Einbezug sämtlicher medizinischer Akten, womit es dem Gutachter möglich war, auch die Entwicklung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen in die Beurteilung miteinzubeziehen.

6.4.2 Ferner macht die Beschwerdeführerin auf der Grundlage des Berichts von Dipl.-Psych. J.____ vom 4. Februar 2021 geltend, dass entgegen den gutachterlichen Ausführungen keine Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt bestehe. Dipl.-Psych. J.____ diagnostiziere eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, die einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung finde sich auch im Bericht der Psychiatrie G.____ vom 11. September 2019, worin noch weitere Befunde erhoben würden, welche der Gutachter nicht erfasst habe. Es finde sich im Gutachten keine Auseinandersetzung mit abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte.

Dem ist zunächst entgegenzuhalten, dass Dr. H.____ die bis zum Gutachtenszeitpunkt vorliegenden Berichte der involvierten medizinischen Fachpersonen allesamt bekannt waren. Dabei hat der Gutachter sich – entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin – mit den Diagnosekriterien einer andauernden Persönlichkeitsänderung auseinandergesetzt und überzeugend dargelegt, weshalb er diese Diagnose nicht bestätigen könne. Gleichermassen verhält es sich in Bezug auf die Zwangsstörung (vgl. E. 5.10 hiervor). Sodann führte er nachvollziehbar aus, weshalb er von einer geringgradigen Ausprägung der posttraumatischen Belastungsstörung ausgehe, wenngleich er diese Diagnose bestätigen könne. In pflichtgemässer Würdigung der

medizinischen Aktenlage fällt ferner auf, dass hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung keine wesentlich divergierenden Einschätzungen durch die involvierten Fachpersonen auszumachen sind. So hat Dr. C.____, bei welchem die Versicherte im Zeitraum von Juli 2016 bis März 2018 in Behandlung gestanden hatte, bereits in seinem Bericht vom 27. November 2017 einen Status nach mittelgradiger depressiver Episode sowie einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung erhoben. Hierzu führte er aus, dass die depressive Episode als remittiert bezeichnet werden könne und die posttraumatische Belastungsstörung sich zurückgebildet habe. Auch auf diesen Umstand hat der Gutachter im Rahmen seiner Einschätzung hingewiesen. Im besagten Bericht vom 27. November 2017 begründete Dr. C.____ die gleichwohl attestierte vollschichtige Arbeitsunfähigkeit vorwiegend mit der chronischen Schmerzstörung sowie insbesondere der somatischen Problematik (vgl. E. 5.5 hiervor). Ferner bekräftigte er in seiner Stellungnahme zum Vorbescheid vom 14. März 2018, dass die noch anfangs gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht mehr vorliegen würde und daher keine Arbeitsunfähigkeit begründe (vgl. E. 5.7 hiervor). Im Weiteren berichtete auch Dipl.-Psych. J.____ von einer teilweisen Zurückbildung der depressiven Symptomatik. In dem von der Beschwerdeführerin angerufenen Bericht der Psychiatrie G.____ vom 11. September 2019 lassen sich sodann keine Ausführungen in Bezug auf die Arbeits(un)fähigkeit entnehmen. Was die Beurteilung von Dipl.-Psych. J.____ angeht, so ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass Dipl.-Psych. J.____ die subjektive Einschätzung der Versicherten massgeblich in die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung miteinfließen liess und die vorhandenen Ressourcen dabei in keiner Weise gewichtete (vgl. auch RAD-Beurteilung vom 19. Februar 2019, E. 5.12 hiervor). Insgesamt vermögen diese Berichte jedenfalls keine hinreichenden Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens von Dr. H.____ zu begründen. Namentlich ist daraus sowie gestützt auf weitere Berichte nicht ersichtlich, weshalb der Versicherten eine leidensadaptierte Tätigkeit nicht zu 70% zumutbar sein soll.

6.4.3 Insgesamt wäre allenfalls in Bezug auf einzelne Diagnosen sowie deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine vertiefende Auseinandersetzung seitens des Gutachters wünschbar gewesen. Entscheidend ist indessen, dass Dr. H.____ seine Einschätzung in Kenntnis der gesamten Aktenlage und nach gut dokumentierter eingehender Erhebung eigener Befunde abgab. Aus einer Gesamtsicht heraus, namentlich unter Einbezug der übrigen fachmedizinischen Berichte sowie mit Blick auf die Ergebnisse des strukturierten Beweisverfahrens, ist die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30% nachvollziehbar und überzeugend. Wie der RAD-Arzt Dr. B.____ in seiner Beurteilung vom 19. Februar 2021 diesbezüglich zutreffend ausführte, wurde damit auch dem schwankenden Verlauf der depressiven Störung hinreichend Rechnung getragen, nachdem eine leichte depressive Episode in der Regel keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag.

6.5 Wie bereits dargelegt (vgl. E. 6.2 hiervor), erfüllt auch das rheumatologische Fachgutachten von Dr. I.____ vom 27. September 2019 sämtliche Voraussetzungen, die das Bundesgericht an eine beweistaugliche Beurteilungsgrundlage stellt. Es lassen sich weder dem Gutachten noch weiteren medizinischen Unterlagen Hinweise entnehmen, die geeignet wären, Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen zu begründen. Die Beschwerdeführerin macht denn auch zu Recht keine Einwände in somatischer Hinsicht geltend.

7. Nach dem Gesagten kann hinsichtlich der Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse sowie der zumutbaren Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vollumfänglich auf die Ergebnisse des überzeugenden bidisziplinären Gutachtens der Dres. H.____ und I.____ vom 29. April 2019 bzw. 27. September 2019 abgestellt werden. Auf die von der Beschwerdeführerin beantragten zusätzlichen medizinischen Abklärungen kann verzichtet werden. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf weitere Abklärungen verzichtet werden. Eine solche antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (vgl. BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 119 V 335 E. 3c in fine mit Hinweisen).

8.1 Für die Beurteilung der strittigen Frage des Leistungsanspruchs zu prüfen bleiben damit die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. E. 3 hiavor). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Versicherte anlässlich der Abklärung der Statusfrage im Haushaltsbericht vom 13. März 2020 (IV-act. 165) erklärt hat, dass sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Folglich hat die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad zu Recht nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs ermittelt, was auch von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wird.

8.2.1 Unter dem Valideneinkommen ist jenes Einkommen zu verstehen, welches die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (vgl. BGE 135 V 58 E. 3.1). Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 139 V 28 E. 3.3.2).

8.2.2 Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen in Anwendung der Tabelle TA17, Sektor Fachkräfte Land- und Forstwirtschaft, Alterskategorie 30-49 Jahre, Spalte Frauen, der LSE 2016. Bei einem monatlichen Einkommen von Fr. 4'103.-- errechnete sie nach Anpassung dieses Betrags an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42 Stunden im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns ein Valideneinkommen von Fr. 51'698.--.

8.2.3 Die Beschwerdeführerin macht geltend, zur Ermittlung des Valideneinkommens sei der Stundenlohn einer ihrer letzten Teilzeitanstellungen in der Höhe von Fr. 30.-- auf ein Jahreseinkommen gemäss einem Vollzeitpensum hochzurechnen, mithin ein Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 61'962.-- heranzuziehen. Dieser Auffassung kann nicht beigespflichtet werden. Die Beschwerdeführerin verkennt bei ihrer Argumentation, dass dies nur möglich wäre, wenn die Ausübung eine ihrer damaligen Teilzeitstellen ursprünglich als Vollzeitstelle angedacht gewesen wäre und dies auch dem Willen des Arbeitgebers entsprochen hätte. Hierfür lassen sich

den vorliegenden Akten indessen weder konkrete Indizien entnehmen noch werden solche von der Beschwerdeführerin geltend gemacht. Die Anwendung der LSE-Tabellenlöhne resultiert letztlich aus dem Umstand, dass die Versicherte bis zum Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung teilzeitlich erwerbstätig gewesen war, demgegenüber aber in der Haushaltsabklärung nachvollziehbar erklärt hat, im hypothetischen Gesundheitsfall vollzeitlich erwerbstätig zu sein. Das Vorgehen der IV-Stelle ist daher nicht zu beanstanden.

8.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis).

8.3.2 Ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 70% in einer leidensadaptierten Tätigkeit hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Tabelle TA1, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Spalte Frauen, der LSE 2016, ein Invalideneinkommen von Fr. 38'207.-- errechnet. Hinsichtlich der Ermittlung des Invalideneinkommens wendet die Beschwerdeführerin ein, dass hierfür nicht auf den Medianwert der LSE abgestellt werden könne, sondern dieses anhand des unteren Quartilbereichs zu bestimmen sei. Sie beruft sich hierbei auf das Gutachten "Nutzung der Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung" des Büros für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS AG) vom 8. Januar 2021 sowie das Rechtsgutachten "Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung" von THOMAS GÄCHTER, PHILIPP EGLI, MICHAEL E. MEIER und MARTINA FILIPPO. Hintergrund bilden dabei namentlich die aus der BASS-Studie gewonnenen Erkenntnisse, wonach sowohl die Durchschnittslöhne (Mittelwert) als auch die Medianlöhne von Erwerbstätigen mit starken gesundheitlichen Einschränkungen ohne Invalidenrente im Vergleich zu den Löhnen von voll leistungsfähigen Erwerbstätigen oft tiefer (rund 10%) ausfallen. Die Löhne von erwerbstätigen IV-Rentnerinnen und -Rentner fallen vergleichsweise noch tiefer aus. Diesbezüglich gilt es nun aber zu berücksichtigen, dass die Invaliditätsbemessung, wie sie von der Beschwerdeführerin vorgeschlagen wird, nicht der aktuellen Rechtsprechung entspricht. Sodann fehlt es hinsichtlich der Lohneinbussen von gesundheitlich eingeschränkten Personen an verlässlichen statistischen Zahlen, um eine zuverlässige (direkte) Korrektur der Tabellenlöhne vorzunehmen. Hinzu kommt, dass die Löhne von gesundheitlich eingeschränkten Personen bereits in der LSE enthalten sind. Es ist nicht auszuschliessen, dass es infolge der Erkenntnisse aus der BASS-Studie sowie angesichts der auf den 1. Januar 2022 in Kraft tretenden IV-Revision zu einer Änderung der Rechtsprechung kommen wird. Zum aktuellen Zeitpunkt besteht indessen kein Anlass, einer allfälligen Änderung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzugreifen.

8.3.3 Was ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug anbelangt, so gilt es auf die restriktive Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen, wonach unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C_151/2020, E. 6.2 mit Hinweis). Zu diskutieren wäre allenfalls, ob die Erkenntnisse aus der BASS-Studie ein gewichtiges Argument für die Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs darstellen könnten. Aufgrund der vorstehend dargelegten Gründe, namentlich mangels verlässlicher statistischer Werte, findet sich für einen pauschalen Abzug in jedem Einzelfall jedenfalls keine Begründung. Für einen entsprechenden Abzug könnte im vorliegenden Fall möglicherweise sprechen, dass die Beschwerdeführerin die attestierte Restarbeitsfähigkeit von 70% nur noch in Form von leichten bis höchstens mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten verwerten kann und daher fraglich erscheint, ob die Leistungseinschränkung von 30% ihren gesundheitlichen Einschränkungen bereits ausreichend Rechnung trägt. Wie es sich damit im Detail verhält, braucht letztlich aber nicht abschliessend beantwortet zu werden. Wie sogleich aufzuzeigen sein wird (vgl. E. 8.4 hiernach), würde vorliegend selbst bei einem verhältnismässig hohen leidensbedingten Abzug von 10-15% kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren.

8.4 Aus der Gegenüberstellung der in der Verfügung vom 11. Januar 2021 berücksichtigten Vergleichseinkommen von Fr. 51'698.-- und Fr. 38'207.-- ergibt sich der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 26%, was nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden ist. Selbst unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15%, resultierte, bei sonst unveränderten Verhältnissen, ein Invaliditätsgrad von gerundet 37% (vgl. zur Rundungspraxis: BGE 130 V 121 ff.) und damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

9. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 11. Januar 2021 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde somit abzuweisen.

10. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>