



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. November 2024 (720 24 209)

Invalidenversicherung

Prüfung des Rentenanspruchs einer versicherten Person mit psychischen Symptomen.

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Andreas Blattner, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, Postfach, 4102 Binningen

gegen

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

Betreff IV-Rente / Rückweisung BGer (Urteil v. 15.7.2024)

A.1 Die 1966 im X.____ geborene A.____ reiste im Jahr 2006 mit ihren vier Kindern zu ihrem Ehemann in die Schweiz ein. Sie war zeitlebens als Hausfrau tätig. Am 24. Juni 2016 meldete sie sich unter Hinweis auf eine chronische Depression und eine schizoaffektive Störung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) veranlasste im Rahmen der Abklärung des medizinischen Sachverhalts das psychiatrische Gutachten bei Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. März 2017. Die Verhältnisse im Haushalt klärte sie mit einer Abklärung vor Ort ab. Gestützt auf die

Ergebnisse von Dr. B.____ sowie der zuständigen Abklärungsperson Haushalt im Bericht vom 18. Oktober 2017 und deren Stellungnahme vom 11. September 2018 lehnte sie mit Verfügung vom 10. Januar 2019 in Anwendung der spezifischen Berechnungsmethode einen Rentenanspruch von A.____ ab. Die dagegen von der Versicherten, vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) mit Urteil vom 27. Juni 2019 (Verfahrens-Nr. 720 19 49) gut und wies die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück. In der Begründung führte es im Wesentlichen aus, dass dem Abklärungsbericht Haushalt vom 18. Oktober 2017 samt Stellungnahme vom 11. September 2018 kein genügender Beweiswert zukomme, weshalb die Einschränkungen der Versicherten im Haushaltsbereich erneut abzuklären seien.

A.2 In der Folge liess die IV-Stelle die Verhältnisse der Versicherten im Haushaltsbereich erneut abklären. Den Abklärungsbericht vom 14. Oktober 2020 unterbreitete sie gemäss der Anweisung des Kantonsgerichts im Urteil vom 27. Juni 2019 Dr. B.____ zur Stellungnahme. Gestützt auf den anschliessend neu erstellten Abklärungsbericht vom 19. November 2020 teilte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 3. Dezember 2020 mit, dass der Anspruch auf eine Invalidenrente bei einer Einschränkung im Haushalt von maximal 6,5 % abzulehnen sei. Im Rahmen des Einwandverfahrens kam Dr. med. C.____, FMH Anästhesie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), in ihrer Stellungnahme vom 28. Mai 2021 aufgrund der von der Versicherten eingereichten Arztberichte zum Schluss, dass sich der psychische Gesundheitszustand möglicherweise verschlechtert habe. Die IV-Stelle beauftragte deshalb PD Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer psychiatrischen Begutachtung. Gestützt auf dessen Gutachten vom 31. August 2021 verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Juli 2022 einen Rentenanspruch der Versicherten.

A.3 Gegen diese Verfügung reichte die Versicherte, weiterhin vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, am 13. September 2022 Beschwerde ans Kantonsgericht ein (Verfahrens-Nr. 720 22 252). Sie stellte den Antrag, es sei die Verfügung vom 21. Juli 2022 aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In der Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass das Ausmass ihrer tatsächlichen Einschränkung im Haushalt unklar sei und dass die vom Abklärungsdienst Haushalt eruierten "Mithilfeanteile" der Haushaltsangehörigen für diese unzumutbar seien. Zudem sei das Gutachten von PD Dr. D.____ nicht rechtsgenügend, weshalb ihm kein Beweiswert zukomme. Da der langjährig behandelnde Psychiater, Dr. med. E.____, über vertiefte Kenntnisse ihres Krankheitsverlaufs verfüge, sei bei der Beurteilung der funktionellen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf seine Einschätzung abzustellen.

A.4 In ihrer Vernehmlassung vom 31. Oktober 2022 beantragte die IV-Stelle unter Verweis auf die Stellungnahme von pract. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, vom 19. September 2022 die Abweisung der Beschwerde.

A.5 Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels liess die Versicherte durch ihre Rechtsvertreterin dem Kantonsgericht den Bericht des heute behandelnden Psychiaters, Dr. med. G.____,

vom 22. Dezember 2022 zukommen. Die IV-Stelle hielt in ihrer Duplik vom 23. Januar 2023 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde und ihrer Begründung fest.

A.6 Mit Urteil vom 5. Oktober 2023 wies das Kantonsgericht die Beschwerde ab mit der Begründung, dass das Gutachten von PD Dr. D.____ vom 31. August 2021 beweistauglich sei und deshalb auf die von ihm attestierte Einschränkung im Haushalt im Umfang von 10 % abzustellen sei.

B. Gegen das Urteil des Kantonsgerichts erhob Advokatin Elisabeth Maier im Auftrag und Namen der Versicherten am 24. Februar 2024 Beschwerde ans Bundesgericht in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten (Bundesgericht). Mit Entscheid vom 15. Juli 2024 hiess das Bundesgericht die Beschwerde teilweise gut, hob das angefochtene Urteil vom 5. Oktober 2023 auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung an das Kantonsgericht zurück. Im Übrigen wurde die Beschwerde abgewiesen. Das Bundesgericht stellte im Wesentlichen fest, dass das Kantonsgericht den Anspruch der Versicherten auf rechtliches Gehör dadurch verletzt habe, dass es den mit der Replik vom 9. Januar 2023 eingereichten Arztbericht von Dr. G.____ vom 22. Dezember 2022 im Urteil weder erwähnt noch gewürdigt habe. Das angefochtene Urteil beruhe deshalb auf einer unvollständigen Aktenlage. Da eine Heilung dieses Mangels aufgrund der eingeschränkten Kognition im bundesgerichtlichen Verfahren nicht möglich sei, habe das Kantonsgericht die Sache unter Abnahme des angebotenen Beweismittels, namentlich des Berichts von Dr. G.____ vom 22. Dezember 2022, neu zu beurteilen.

C. In der Verfügung vom 9. August 2024 verzichtete der instruierende Präsident auf einen erneuten Schriftenwechsel, weil ein solcher bereits im vorausgegangenen Beschwerdeverfahren (720 22 252) durchgeführt worden sei und die vollständigen Akten der IV-Stelle beigezogen worden seien. Er überwies in der Folge die Sache direkt dem Gericht zur neuen Entscheidung.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Nachdem das Kantonsgericht die Beschwerde der Versicherten vom 13. September 2022 mit Urteil vom 5. Oktober 2023 abgewiesen hatte, hat das Bundesgericht die Angelegenheit mit Urteil vom 15. Juli 2024 zur Vervollständigung des Sachverhalts an das Kantonsgericht zurückgewiesen. Auf die Beschwerde ist daher unbestrittenermassen erneut einzutreten.

2. Das Bundesgericht wies das Kantonsgericht in seinem Urteil vom 15. Juli 2024 an, unter Berücksichtigung des Berichts von Dr. G.____ vom 22. Dezember 2022, welcher in zeitlicher Hinsicht Rückschlüsse auf den im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gegebenen Sachverhalt zulasse, erneut zu prüfen, ob die Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente habe.

3. Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung

(IVG) vom 19. Juni 1959 und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der ab dem 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung. Wird der Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. deren Ablehnung nach dem 1. Januar 2022 verfügt, gilt unter anderem Folgendes: Liegen der Eintritt der Invalidität und der Beginn des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, so bleiben die vor dem 1. Januar 2022 gültigen Bestimmungen anwendbar (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101). Vorliegend steht ein Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 in Frage, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar sind. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

4.1 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).

4.2 Nach Art. 6 ATSG vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

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

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

4.5.1 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 E. 1).

4.5.2 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 Abs. 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).

4.5.3 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).

5.1 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. Diese Frage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung (hier: 21. Juli 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 In den Urteilen vom 27. Juni 2019 und vom 5. Oktober 2023 stellte sich das Kantonsgericht auf den Standpunkt, dass die Versicherte im Gesundheitsfall nicht erwerbstätig wäre. Zur Begründung führte es an, dass die Versicherte trotz gegebener bzw. zumindest teilweise bestehender Arbeitsfähigkeit weder in der Schweiz noch in ihrem Heimatland jemals erwerbstätig gewesen sei. Das Kantonsgericht befand die Argumentation der Versicherten, wonach sie in gesundem Zustand aus finanziellen Gründen einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde und dies in der

Vergangenheit nur deswegen unterlassen habe, weil sie ihre vier Söhne habe betreuen wollen, als nicht stichhaltig. Aufgrund ihrer fehlenden Erwerbsbiographie sei vielmehr davon auszugehen, dass sie als gesunde Person heute keine Erwerbstätigkeit ausüben würde, weshalb bei der Bemessung der Invalidität die spezifische Methode anzuwenden sei. Es lägen im vorliegenden Beschwerdeverfahren keine Anhaltspunkte vor, um von dieser Auffassung abzuweichen. Die Versicherte scheint die Anwendung der spezifischen Bemessungsmethode auch nicht mehr in Frage zu stellen, brachte sie doch im bundesgerichtlichen Verfahren im Zusammenhang mit der Statusfrage keine Einwände gegen die Feststellungen des Kantonsgerichts vor.

6.1 Weiter ist zu prüfen, in welchem Masse die Versicherte zufolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Haushalt eingeschränkt ist. Im Zusammenhang mit den Einschränkungen im Haushalt ist nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit ausschlaggebend, sondern wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt. Dafür bedarf es in der Regel einer Abklärung an Ort und Stelle (vgl. Art. 69 Abs. 2 Satz 2 IVV; Urteil des Bundesgerichts vom 6. September 2017, 9C_373/2017, E. 3.1 mit Hinweisen). Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten. Seine grundsätzliche Massgeblichkeit kann unter Umständen bei einer Person mit psychischen Beschwerden Einschränkungen erfahren (Urteile des Bundesgerichts vom 28. März 2018, 8C_806/2017, E. 3.2.2 und vom 13. Juni 2008, 8C_671/2007, E. 3.2.1 mit weiteren Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss bildet die Abklärung vor Ort dennoch grundsätzlich ein geeignetes Mittel zur Invaliditätsbemessung im Aufgabenbereich. Im Falle eines Widerspruchs zwischen den Ergebnissen der Abklärung vor Ort und den fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist den ärztlichen Stellungnahmen in der Regel mehr Gewicht einzuräumen, als dem Bericht über die Haushaltsabklärung. Diese prinzipielle Gewichtung hat ihren Grund darin, dass es für die Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2015, 9C_408/2015, E. 3.3, vom 17. Januar 2014, 8C_669/2013, E. 5.2, vom 5. September 2011, 9C_201/2011, E. 2 und vom 13. Juni 2008, 8C_671/2007, E. 3.2.1 mit weiteren Hinweisen).

6.2 Im vorliegenden Fall stützte sich das Kantonsgericht im Urteil vom 5. Oktober 2023 auf den Abklärungsbericht vom 19. November 2020 ab. Darin wurde unter Berücksichtigung einer 50%igen Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit im Haushalt gemäss der Beurteilung von Dr. B._____ festgestellt, dass die Versicherte bis zum Einzug ihrer Schwiegertochter Ende Dezember 2017 zu 0 % und danach zu 6,5 % eingeschränkt sei. Dabei wurde im Rahmen der familienüblichen Mithilfe und der Schadenminderungspflicht für den im Haushalt der Versicherten lebenden Ehemann und die drei bzw. ab Januar 2018 zwei Söhne ein "Mithilfeanteil" von jeweils 15 % berücksichtigt. Nach Würdigung der medizinischen Aktenlage erachtete das Kantonsgericht nicht die Beurteilung von Dr. B._____, sondern diejenige von PD Dr. D._____, der von einer maximalen Beeinträchtigung von 10 % im Haushalt ausging, als massgebend. Da aus der Einschätzung von PD Dr. D._____ im Ergebnis ein tieferer Invaliditätsgrad resultierte als aus derjenigen von Dr. B._____, verzichtete es auf die Durchführung einer neuen Haushaltsabklärung (vgl. Erwägung 9.4 des kantonsgerichtlichen Urteils). Wie das Bundesgericht feststellte, fand der Bericht von Dr.

G.____ vom 22. Dezember 2022 keinen Eingang ins kantonsgerichtliche Urteil. Ebenso wurden der Arztbericht von Dr. E.____ vom 7. September 2022 und der Bericht des behandelnden Psychiaters im Heimatland der Versicherten, Dr. med. H.____, vom 24. Mai 2022 nicht erwähnt. Es ist daher zu prüfen, ob dem Gutachten von PD Dr. D.____ vom 31. August 2021 samt Stellungnahme vom 28. Februar 2022 auch unter Berücksichtigung der Beurteilungen von Dr. E.____ vom 7. September 2022, von Dr. H.____ vom 24. Mai 2022 und von Dr. G.____ vom 22. Dezember 2022 weiterhin volle Beweiskraft beigemessen werden kann.

7.1 Vorliegend steht fest, dass die Versicherte sowohl an somatischen als auch an psychiatrischen Beschwerden leidet. Die Parteien sind sich jedoch einig, dass ausschliesslich die psychischen Beeinträchtigungen Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit der Versicherten im Haushalt haben. Aus diesem Grund werden im Folgenden nur die wesentlichen psychiatrischen Beurteilungen wiedergegeben.

7.2 Dem Austrittsbericht der Klinik I.____ vom 11. August 2008 ist zu entnehmen, dass sich die Versicherte dort vom 2. bis 30. Juni 2008 aufgrund einer psychotischen Dekompensation und suizidalen Äusserungen in stationärer Behandlung befand. Bei der Aufnahme sei sie stark logorhoisch gewesen, habe sich kaum im Wortfluss unterbrechen lassen und habe Fragen nicht beantwortet. Sie habe Schuldgefühle geäussert und religiöse, ev. wahnhafte, Vorstellungen gehabt. Es hätten ein gesteigerter Antrieb, eine psychomotorische und motorische Unruhe, eine Distanzlosigkeit sowie ein theatralischer Ausdruck festgestellt werden können. Zudem sei sie leicht euphorisch gewesen. Ein Misstrauen sei nicht spürbar gewesen. Während der Behandlung habe die Versicherte wiederholt einen mangelnden Realitätsbezug und ein psychotisches, angetriebenes Verhalten gezeigt. Nach entsprechender Medikation habe sich die Symptomatik zurückgebildet. Als Austrittsdiagnosen wurden eine Manie mit parathymen psychotischen Symptomen (ICD-10 F30.21) und ein Verdacht auf eine bipolare affektive Störung (ICD-10 F31.21, DD: eine akute schizophreniforme Störung [ICD-10 F23.21] bei belastenden Lebensumständen [ICD-10 Z60.0]) aufgeführt.

7.3 Aus den medizinischen Akten geht weiter hervor, dass die Versicherte Mitte Dezember 2008 bis Mitte März 2009 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. E.____ stand. Danach habe sie zwei bis drei Mal im Jahr eine Psychiaterin in ihrem Heimatland aufgesucht (vgl. Bericht von Dr. E.____ vom 9. September 2016). Aufgrund einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes nahm die Versicherte am 18. Dezember 2013 die Behandlung bei Dr. E.____ wieder auf. Dieser diagnostizierte am 9. September 2016 eine chronifizierte schwere depressive Episode (ICD-10 F32.3) im Rahmen einer erheblichen Erschöpfungsdepression und eines intermittierend stark präsenten agitiert-depressiven Zustandsbildes (DD: Verdacht auf eine schizoaffektive Störung und eine undifferenzierte Schizophrenie). Er hielt fest, dass die chronische Überlastungssituation (fordernde Familie, wenig Verständnis in der Familie für das psychische Zustandsbild) die psychische Erkrankung der Versicherten unterhalte. Trotz medikamentöser Kombinationstherapie habe sich der psychische Zustand verschlechtert. Die Versicherte wirke erschöpft und könne den Aufmerksamkeitsfokus nicht lange halten. In affektiver Hinsicht sei sie innerlich sehr bedrückt, niedergeschlagen, affektarm, ratlos, verzweifelt und besorgt um die ungewisse Zukunft und Existenz. Zudem seien Insuffizienzgefühle zu beobachten. Das

Konzentrations-, Durchhalte- und Auffassungsvermögen sowie das psychomotorische Aktivitätsniveau seien aufgrund der affektiven Beschwerden vermindert. Das Gedächtnis scheine eingeschränkt zu sein, da sie Gegenstände verlege und nicht mehr finde. Formalgedanklich sei sie auf die Kopfschmerzen und die affektiven Beschwerden eingeengt. Inhaltlich leide sie an einem erheblichen Misstrauen, jedoch selten an Beeinträchtigungswahnideen. Es gebe keine Anhaltspunkte für Zwänge, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Die affektive und depressive Symptomatik führten zu einer psychischen Erschöpfung und die eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit sowie das Durchhaltevermögen mit reduziertem Antrieb verunmöglichten das regelmässige Einhalten einer Arbeitsstruktur.

7.4 Im Auftrag der IV-Stelle verfasste Dr. B.____ am 28. März 2017 ein psychiatrisches Gutachten. Er diagnostizierte mit Blick auf die Anamnese und die Angaben der Versicherten im Rahmen der Untersuchung sowie die testpsychologischen Befunde eine bipolare affektive Störung mit zurzeit mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F31.3). In der Beurteilung führte er aus, dass die Versicherte bis zur Einreise in die Schweiz keine psychischen Probleme aufgewiesen habe. Aufgrund der Aktenlage und der Anamnese sei davon auszugehen, dass sie seither zumindest einmal an einer manischen Episode und immer wieder an psychotischen Symptomen gelitten habe. Seit längerem beständen deutliche depressive Symptome. Heute zeige sich die depressive Störung in einer Anhedonie, einer Affektlabilität, erhöhten Schuld- und Insuffizienzgefühlen, einer Reduktion des Antriebs, der Libido und der Interessen, einem Grübeln, einer erhöhten Ermüdbarkeit, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Konzentrationsstörungen. Es finde ein teilweiser Rückzug statt. Bei der Untersuchung habe sie sich in reduziertem Allgemeinzustand präsentiert. Diagnostisch sei unter Berücksichtigung der klinischen Befunde und der testpsychologischen Ergebnisse von einer bipolaren affektiven Störung auszugehen. Auffällig sei, dass die Versicherte während des dreimonatigen Aufenthalts 2016/2017 mit ihrem Ehemann in X.____ weitgehend funktioniert habe und den Haushalt – wenn auch mit Hilfe Dritter – selber habe bewältigen können. In dieser Hinsicht sei eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Symptomen und dem Verhalten der Versicherten festzustellen. Unter Berücksichtigung aller Umstände sei sie aus medizinischer Sicht im Haushalt im Umfang von 50 % eingeschränkt. Die effektive Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Haushalt sei jedoch durch eine Haushaltsabklärung vor Ort zu bestimmen.

7.5 Am 14. Februar 2020 berichtete Dr. E.____, dass die psychische Situation der Versicherten unter Medikation unverändert sei. Ihr Gesundheitszustand sei deutlich beeinträchtigt und sei mit erheblichen Funktionsdefiziten verbunden. Unter anderem sei intermittierend ein deutlich präsender Beeinträchtigungswahn (sich zu Hause wertlos fühlen, Schuldwahn, da sie sich als Mutter nicht richtig um die Kinder gekümmert habe) vorhanden. Es sei von einer Chronifizierung des Beschwerdebildes auszugehen. Er schätzte die Einschränkung im Haushalt auf 70 %.

7.6 Im Bericht vom 6. November 2020 stellte Dr. B.____ fest, dass die Versicherte gemäss den Ergebnissen der Abklärung vom 14. Oktober 2020 keine nennenswerten Leistungen mehr im Haushalt erbringe. Die Haushaltsarbeiten würden entweder von ihren Söhnen oder ihrer Schwiegertochter übernommen. Dieses Verhalten sei aufgrund der psychiatrischen Diagnose und des Schweregrades der depressiven Episode nicht nachvollziehbar. Aus

versicherungsmedizinischer Sicht halte er deshalb daran fest, dass es der Versicherten zumutbar sei, im Haushalt zu 50 % zu arbeiten.

7.7 Wenige Monate später führte Dr. E._____ in seiner Stellungnahme vom 26. Februar 2021 aus, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten verschlechtert habe. Sie leide inzwischen an einer chronifizierten schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3). Es bestehe weder in einer Erwerbstätigkeit noch im Haushalt eine Arbeitsfähigkeit.

7.8.1 Der Bericht von Dr. E._____ veranlasste die IV-Stelle, PD Dr. D._____ mit einer psychiatrischen Begutachtung zu beauftragen (vgl. RAD-Stellungnahme von Dr. C._____ vom 28. Mai 2021). Im Gutachten vom 31. August 2021 diagnostizierte der Gutachter eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1). Der Status nach akuter polymorpher psychotischer Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD-10 F23.1) beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Der Gutachter schloss das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung aus, da es keine Hinweise für ein emotional instabiles, impulsives Verhalten gegeben habe. Er erklärte weiter, dass eine Persönlichkeitsstörung nur dann diagnostiziert werden könne, wenn seit früherem Lebensalter zentrale Bereiche der privaten, sozialen und beruflichen Anamnese nachhaltig und relevant tangiert seien. Dies sei bei der Versicherten jedoch nicht der Fall. Während des Aufenthalts in der Psychiatrie Baselland im Jahr 2008 habe eine akute vorübergehende psychotische Störung in Form einer akuten polymorphen Störung mit Symptomen einer Schizophrenie bestanden. Diese könne jedoch nicht mit einer schizophreniformen Störung gleichgesetzt werden. Bei der Untersuchung verneine die Versicherte jegliches Erleben aus diesem Spektrum (halluzinatorische Phänomene, jegliches Erleben aus dem Wahnspektrum [Wahnstimmung, Wahnwahrnehmungen, Beziehungsidee, paranoide Ideen] und Erstrangsymptome [Fremdsteuerung oder Gedankenlesen durch andere]). In klinischer Hinsicht liessen sich weder relevante kognitive Einbussen noch objektive Befunde finden, die bei schizophrenen Menschen regelhaft pathologisch verändert seien. Sie habe weder eine Affektverflachung noch eine -starre gezeigt. Es hätten auch keine formalgedanklichen Auffälligkeiten bestanden. Anhaltspunkte für eine psychotische Negativsymptomatik zur Psycho- und Sprachmotorik, zur Mimik, zur Gestik oder zum Denktempo seien nicht vorhanden. Aufgrund der medizinischen Aktenlage sei davon auszugehen, dass im Juni 2008 zwar eine psychotische Störung vorgelegen habe, diese aber erfolgreich habe behandelt werden können und inzwischen vollständig remittiert sei. Gemäss der medizinischen Aktenlage seien keine psychotischen Symptome mehr aufgetreten, so dass hier von einer klassischen akuten, vorübergehenden psychotischen Störung in Form einer akuten polymorphen psychotischen Störung zu sprechen sei. Diese Störung habe aber nichts mit einer eigentlichen schizophrenen Störung zu tun. Eine akute, vorübergehende psychotische Störung zeichne sich dadurch aus, dass die prämorbiditen Funktionsfähigkeiten wiedererlangt würden. Dass die Funktionsfähigkeit der Versicherten bis heute nicht wiederhergestellt sei, sei darauf zurückzuführen, dass die depressive Symptomatik weiter persistiert habe. Desgleichen könne auch eine schizoaffective Störung ausgeschlossen werden, da eine solche Störung stets in Kombination mit schizophrenen und bipolar affektiven Symptomen einhergehe, die bei der Versicherten jedoch nicht vorlägen.

Bezüglich der Affektpathologie der Versicherten führte der Gutachter aus, dass die Grundstimmung der Versicherten hauptsächlich leicht, punktuell mittelgradig, aber zu keinem Zeitpunkt schwer depressiv gewesen sei. Im formalen Denken sei sie auf ihre psychischen Beschwerden eingeeengt gewesen, ansonsten hätten keine Auffälligkeiten bestanden. Es ergäben sich keine Hinweise auf anhaltende euphoristische Stimmungszustände, Grössenideen, Gedankendrängen, einen gesteigerten inneren Antrieb, eine soziale Distanzlosigkeit, ein mangelndes Schlafbedürfnis, eine gesteigerte Sexualität oder unsinnige, hohe Geldausgaben. Im Kontext der Angaben habe sich eine gewisse Affektlabilisierung gezeigt, ohne dass es zu einem affektlabilen Einbruch gekommen sei. Es sei lediglich eine leichte Affektverarmung vorhanden. Zudem bestehe eine leicht reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit. Der affektive Rapport sei dennoch gut etablierbar gewesen. Es hätten keine mittelgradig bis schwer pathologischen Auslenkungen bestanden. Da die Versicherte jedoch von einer anhaltenden niedergeschlagenen Grundstimmung, einer Antriebsminderung, einer Tagesmüdigkeit und einer häufigen Freud-, Interessen- und Lustlosigkeit berichte, sei diagnostisch von einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung gemäss ICD-10 auszugehen. Für diese Störung dürften die Entwurzelung und die mangelhafte soziale Integration in der Schweiz verantwortlich sein. Was die Tagesaktivitäten anbelange, sei zu berücksichtigen, dass die Rolle der Versicherten klar definiert sei, wonach sie sich der Familie zu widmen habe; eine ausserhäusliche Tätigkeit werde von ihr nicht erwartet. Das Familiensystem ermögliche ihr eine erhebliche Regression. Ihre Inaktivität sei nicht Ausdruck einer schweren Affektpathologie, sondern Folge des Familiensystems. Die von der Versicherten angegebene Unmöglichkeit, irgendwelchen Tages- und Haushaltsaktivitäten nachgehen zu können, bilde nicht ihre effektiv vorhandenen qualitativen Funktionsfähigkeiten ab. So sei daran zu erinnern, dass sie während eines dreimonatigen Aufenthalts in ihrem Heimatland in der Lage gewesen sei, den Haushalt zumindest teilweise zu erledigen. Aufgrund der objektiven Untersuchungsbefunde, welche nur leichte pathologische Auswirkungen zeigten, könne die von der Versicherten angegebene 100%ige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden.

7.8.2 Bei der Festlegung der Einschränkungen im Haushalt orientierte sich PD Dr. D._____ nebst seinen objektiven Befunden, der medizinischen Akten und der Anamnese an der Internationalen Klassifikation der Funktionsbeeinträchtigungen (ICF). Gemäss den ICF-Kriterien seien bei der Versicherten die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit sowie möglicherweise auch die Selbstpflege leicht beeinträchtigt. Eine leicht bis maximal und nur punktuell mittelgradige Einschränkung bestehe bei der Flexibilität, der Umstellungs-, Durchhalte- und der Selbstbehauptungsfähigkeit sowie bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben. Aufgrund dieser Ergebnisse sei es der Versicherten theoretisch zumutbar, die Haushaltstätigkeiten flexibel aufzuteilen und ohne äusseren Druck zu erledigen. Aufgrund der geringfügigen Einschränkungen sei von einer maximal 10%igen Einschränkung im Haushalt auszugehen.

7.8.3 Schliesslich äusserte sich PD Dr. D._____ auch zur anderslautenden psychiatrischen Diagnostik und Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Dr. E._____. Den von Dr. E._____ gestellten Verdachtsdiagnosen einer schizoaffektiven Störung und einer undifferenzierten Schizophrenie könne er sich nicht anschliessen. Zur Begründung führte er an, dass diese weder begründet noch diskutiert seien. Dr. E._____ beschreibe insgesamt lediglich einen wechselhaften und chronisch beeinträchtigten Gesundheitszustand, jedoch keine Symptome oder Phänomene

aus dem schizophrenen Formenkreis und keine psychotische Negativsymptomatik, welche für die Diagnose einer Schizophrenie aber vorliegen müssten. Dazu komme, dass der höchste Inzidenzgipfel für schizophrene Störungen im jungen Erwachsenenalter liege. Die Versicherte berichte jedoch, dass sie erstmals bei der Einreise in die Schweiz im Alter von 40 Jahren an psychischen Beschwerden gelitten habe. Dr. E.____ setzte den Begriff "Beeinträchtigungswahn" falsch ein. Die Schilderung der Versicherten, wonach sie sich wertlos und nicht respektiert fühle, sei – entgegen der Annahme von Dr. E.____ – nicht Ausdruck eines Beeinträchtigungswahns. Inwieweit die Schuldgefühle der Versicherten gegenüber ihren Kindern wahnhaft seien, sei nicht ersichtlich, weshalb der im Bericht vom 14. Februar 2020 erwähnte "Schuldwahn" desgleichen keinen Beeinträchtigungswahn darstelle. Mangels Begründung könne er auch die von Dr. B.____ gestellte Diagnose einer bipolaren affektiven Störung nicht bestätigen. Über die einmalige psychotische Episode im Jahr 2008 hinaus sei keine hypomanische oder manische Symptomatik dokumentiert worden. Ausserdem habe Dr. B.____ nicht explizit zwischen objektiven Untersuchungsbefunden und subjektiven Beschwerdeangaben unterschieden, was jedoch aufgrund der von ihm erwähnten erheblichen Inkonsistenzen erforderlich gewesen wäre.

7.9 Nach Einsicht in das Gutachten von PD Dr. D.____ hielt Dr. E.____ in seiner Stellungnahme vom 10. Dezember 2021 an den Diagnosen einer chronifizierten schweren depressiven Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.2) und am Verdacht auf eine schizoaffektive Störung sowie auf eine undifferenzierte Schizophrenie fest. Die Versicherte leide an anhaltendem Grübeln mit Einschlafstörungen mit tagsüber mangelndem Erholungsgefühl, deutlichem Antriebsverlust, verminderter Stresstoleranz und objektivierbaren Konzentrationsdefiziten bei reduzierter Belastbarkeit und Vermeidungsverhalten. Die Diagnostik stütze sich auf psychopathologischen Befunde, anamnestische Angaben, eine Fremdanamnese, die von der Versicherten geschilderten subjektiven Beschwerden und eine Verlaufsbeurteilung. Seine Einschränkung lasse sich durch Testungen mittels Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) und Beck-Depressions-Inventar (BDI) bestätigen. Im Gegensatz zu PD Dr. D.____ stütze er seine Beurteilung auch auf Auskünfte der Söhne und der Schwiegertochter. Zudem wies er darauf hin, dass sich die Versicherte bei ihm in ihrer albanischen Muttersprache habe äussern können.

7.10 PD Dr. D.____ kam in seiner Stellungnahme vom 28. Februar 2022 im Wesentlichen zum Schluss, dass nach wie vor unklar sei, auf welche objektiven Befunde sich die Einschätzung von Dr. E.____ stütze. Bei den Testungen mittels MADRS und BDI handle es sich um psychometrische Depressionsskalen, die hauptsächlich subjektive Beschwerdeangaben abbilden würden.

7.11 Gemäss Bericht von Dr. H.____ vom 24. Mai 2022 war die Versicherte vom 21. März 2022 bis 19. April 2022 in einer psychiatrischen Klinik in ihrem Heimatland hospitalisiert. Dort mussten ihr bis zur Stabilisierung des psychischen Zustandes Medikamente intravenös verabreicht werden. Als Diagnosen wurden eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F31.2) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) festgehalten.

7.12 Am 7. September 2022 berichtete Dr. E.____, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten wesentlich verschlechtert habe. Sie sei resigniert, hoffnungslos, fühle sich minderwertig und als Versagerin, zeige einen kompletten sozialen Rückzug, sei hoffnungslos, habe keine Perspektiven und meide den Kontakt zu Verwandten und Bekannten, weil sie dazu keine Energie mehr habe. Mit den Kindern und der Schwiegertochter kommuniziere sie selten. Auch die Beziehung zu ihrem Ehemann sei distanziert. Es bestehe eine Tag-/Nachtumkehr und sie sei freud- und lustlos. Sie verlasse die Wohnung praktisch nie alleine. Die meiste Zeit liege sie im Bett; sie verfüge über keine Ressourcen.

7.13 Dr. G.____ führte in seinem Bericht vom 22. Dezember 2022 aus, dass die Versicherte seit dem 21. November 2022 bei ihm in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer sowie medikamentöser Behandlung stehe. Am 21. November 2022 und 12. Dezember 2022 habe er sie in Anwesenheit einer ihrer Söhne untersucht. Dabei habe er eine gründliche Anamneseerhebung durchgeführt. Es sei eine schwerwiegende psychische Erkrankung festzustellen. Die Versicherte habe seit mindestens 2007 psychotische Symptome. Der Ausbruch dieser Symptome sei auf die mit dem Wohnungs- und Kulturwechsel verbundene Einreise in die Schweiz und der Konfrontation mit ganz anderen Lebensumständen zurückzuführen. Gemäss den Auskünften des Sohnes zeige die Versicherte ständig ein psychotisches Verhalten (Verschwindenlassen von Zigarettenresten in der Erde, Wegwerfen von Kleidungsstücken und Schmuck der Kinder, ohne sie darüber zu informieren, weil die Mutter an das "Gemachte" der Schwarzen Magie glaube). Diese Symptome seien von der Versicherten bestätigt worden. Sie habe auch davon berichtet, dass sie Schatten und Menschen sehen würde, akustische Halluzinationen habe und Stimmen höre, die unter anderem über sie reden würden. Nach den bisher stattgefundenen beiden Gesprächen habe er den Verdacht, dass die Versicherte an einer paranoiden Schizophrenie, episodisch, remittierender Verlauf mit (praktisch) vollständiger Remission zwischen den psychotischen Episoden leide (ICD-10 F20.03). Denn das "Gefühl des Gemachten" bezogen auf die Schwarze Magie sowie die anhaltenden optischen und akustischen Halluzinationen begleitet von negativen Symptomen wie Apathie und verflachten Affekten würden unter anderem die diagnostischen Kriterien der Schizophrenie gemäss ICD-10 erfüllen. Die Versicherte habe im Rahmen ihrer ersten psychotischen Episode im Jahr 2008 schlechte Erfahrungen während der psychiatrischen Hospitalisation gemacht. Aus diesem Grund seien weitere psychotische Episoden verschwiegen und im Familiensystem gehalten worden. Aufgrund der schwerwiegenden psychischen Erkrankung sei die Versicherte nicht in der Lage, im Haushalt oder in der freien Wirtschaft tätig zu sein. Da die Symptome der Schizophrenie unter einer neuroleptischen Behandlung remittiert seien, sei die gegenwärtige Medikation mit Neuroleptika fortzusetzen.

8.1 Nach erneuter Würdigung der medizinischen Beurteilungen, namentlich des Berichts von Dr. G.____ vom 22. Dezember 2022, kommt das Kantonsgericht zum Schluss, dass dem Gutachten von PD Dr. D.____ vom 31. August 2021 samt Ergänzung vom 28. Februar 2022 nach wie vor voller Beweiswert zukommt, erfüllt es doch die vom Bundesgericht verlangten Kriterien eines beweiskräftigen Arztberichts. So ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Versicherten, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein und beinhaltet

eine Auseinandersetzung mit abweichenden Einschätzungen anderer Arztpersonen. Insbesondere diskutierte PD Dr. D._____ mit Blick auf die in der Vergangenheit gestellten diversen Diagnosen eine Vielzahl von Störungsbildern. Seine Ausführungen dazu leuchten ein. Sodann begründete er seine von den behandelnden Fachärzten abweichenden Diagnosen nachvollziehbar.

8.2 Der erst nach seiner Begutachtung erstellte Bericht von Dr. G._____ vom 22. Dezember 2022 vermag die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens von PD Dr. D._____ nicht zu erschüttern. Dr. G._____ ordnete die Symptomatik der Versicherten einer paranoiden Schizophrenie zu. Diese Störung stellt eine Psychose dar, die durch veränderte Wahrnehmung oder Verarbeitung der Realität gekennzeichnet ist (vgl. PSYCHIATRISCHE DIENSTE AARGAU AG, online: URL: <https://shorturl.at/BQM3f> [18.11.2024]). Eine schizophrene Störung äussert sich hauptsächlich durch psychotische Symptome (= Wahnvorstellungen, Halluzinationen, desorganisiertes Denken und Sprechen sowie bizarres und unangemessenes motorisches Verhalten) und oft durch negative Symptome (= Verringerung oder das Fehlen von normalen Emotionen und Verhaltensweisen, wie beispielsweise eine abgeflachte beeinträchtigte und fehlende Motivation) und/oder eine kognitive Dysfunktion (vgl. TAMMINGA CAROL, Einführung zu Schizophrenie und zugehörigen Störungen, online: URL: <https://shorturl.at/QWD13>, [18.11.2024]). Die Diagnose einer psychotischen Störung ist nicht neu, diagnostizierte doch bereits die behandelnde Ärzteschaft der Klinik I._____ im Jahr 2008 unter anderem eine akute schizophreniforme Störung. PD Dr. D._____ legte dazu dar, dass die psychotische Störung damals mit affektiven und schizophrenen Symptomen, hauptsächlich optischen Halluzinationen, beschrieben worden sei. Diese Symptome seien jedoch nicht einer eigentlichen schizophreniformen Störung zuzuordnen. Zur Begründung legte er einleuchtend dar, dass hierfür die pathologischen Symptome längere Zeit vorhanden sein müssten, was bei der Versicherten jedoch nicht der Fall sei. Aufgrund der medizinischen Akten, der Angaben der Versicherten bei seiner gutachterlichen Untersuchung (explizites Verneinen von Symptomen aus dem schizophrenen bzw. schizophreniformen Spektrum) und mangels entsprechender pathologischer Befunde sowie relevanter kognitiver Einbussen stellte er fest, dass seit der psychotischen Episode im Jahr 2008 keine psychotischen Störungen mehr aufgetreten seien. Die Schlussfolgerung von PD Dr. D._____, wonach es sich bei der damaligen psychotischen Episode lediglich um eine vorübergehende Störung gehandelt habe, die durch eine erfolgreiche Behandlung vollständig remittiert sei, überzeugt. Seit der Hospitalisation in der Klinik I._____ beschrieb keiner der behandelnden Ärzte – zumindest bis zur Begutachtung durch PD Dr. D._____ – konkret eine psychotische Symptomatik. Dr. B._____ diagnostizierte zwar in seinem Gutachten vom 28. März 2017 eine bipolare affektive Störung mit andauernden psychotischen Symptomen (= eine Störung, die durch extreme Stimmungsschwankungen wie Hochs [Manie] und Tiefs [Depression]) gekennzeichnet ist und von psychotischen Symptomen begleitet sein kann (vgl. CORYELL WILLIAM, Bipolarische Störungen, online: URL: <https://shorturl.at/RTYjy> [18.11.2024]). Bei seiner Untersuchung schilderte die Versicherte jedoch keine psychotischen oder manischen Symptome seit Juni 2008 und der Gutachter konnte auch keine solche feststellen. Dr. B._____ erwähnte lediglich eine depressive Symptomatik. Bei dieser Ausgangslage leuchtet es ein, dass PD Dr. D._____ zur Auffassung gelangte, dass die diagnostischen Kriterien weder für eine bipolare affektive noch für eine psychotische Störung erfüllt seien. Auch Dr. E._____ diagnostizierte in seinen Berichten vom 9. September 2016, 14. Februar 2020, 26. Februar 2021 und 10. Dezember 2021 Erkrankungen aus dem Psychose-Spektrum. So stellte er differentialdiagnostisch die

Verdachtsdiagnosen einer schizoaffektiven Störung und einer undifferenzierten Schizophrenie. Von schizoaffektiven Störungen wird gesprochen, wenn Psychose und Stimmungsschwankungen nebeneinander bestehen. Die Diagnose setzt voraus, dass signifikante (depressive oder manische) Gemütsymptome während mehr als 50 % der gesamten Krankheitsdauer vorhanden sind und gleichzeitig mehr als zwei Symptome der Schizophrenie (Wahnvorstellungen, Halluzinationen, desorganisierte Sprache, stark desorganisiertes oder katatonies Verhalten, Negativsymptome) vorliegen (vgl. TAMMINGA, online: URL: <https://shorturl.at/3Pyiv> [18.11.2024]). Die undifferenzierte Schizophrenie dagegen ist eine Form der Schizophrenie, bei der die Symptome keine eindeutige Zuordnung zu den Formen einer paranoiden Schizophrenie, hebephrenen Schizophrenie oder katatonen Schizophrenie zulassen. Das klinische Bild wechselt innerhalb von Stunden bis Tagen zwischen paranoiden, halluzinatorischen, affektiven und katatonen Symptomen (vgl. PSCHYREMBEL ONLINE, URL: <https://shorturl.at/VZebo> [18.11.2024]). Solche Symptome erwähnte Dr. E.____ nie in seinen Berichten. In Anbetracht der Tatsache, dass er die Versicherte schon jahrelang in regelmässigen Abständen von 2 bis 3 Wochen behandelt, wäre die Dokumentierung von psychotischen Symptomen zu erwarten gewesen. Daran ändert auch der von Dr. E.____ erwähnte Beeinträchtigungswahn nichts, widerlegt doch PD Dr. D.____ plausibel, weshalb die vom behandelnden Psychiater in diesem Zusammenhang beschriebenen Symptome nicht Ausdruck eines Beeinträchtigungswahns seien (vgl. vorstehende E. 7.8.3). Aufgrund dieser Ausführungen ist vielmehr der Ansicht von PD Dr. D.____ zu folgen, wonach die von Dr. E.____ gestellten Verdachtsdiagnosen mangels Begründung und fehlender psychotischer Symptomatik nicht stichhaltig seien. Für diese Auffassung spricht auch der Umstand, dass Dr. E.____ – wie im Übrigen auch Dr. B.____ – in seinen Berichten stets die depressive Symptomatik ins Zentrum stellte.

8.3 Es gibt Anhaltspunkte, dass die Versicherte einige Monate nach der Untersuchung bei PD Dr. D.____ im August 2021 erneut ein psychotisches Verhalten aufwies und deswegen für rund einen Monat (vom 21. März 2022 bis 19. April 2022) in ihrem Heimatland hospitalisiert werden musste. Der dort behandelte Arzt Dr. H.____ ordnete die Symptomatik keiner Störung aus dem schizophrenen Formenkreis, sondern einer bipolaren affektiven Störung und einer rezidivierenden, schwergradigen depressiven Störung, jeweils mit psychotischen Symptomen, zu (vgl. Bericht vom 24. Mai 2022). In welcher Form diese psychotischen Symptome aufgetreten sind, kann dem Bericht jedoch nicht entnommen werden. Desgleichen werden weder die Diagnosen begründet noch objektive Befunde beschrieben. Damit ist dieser Bericht nicht beweiskräftig genug, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen zu können, dass nach 2008 erneut eine psychotische Episode eingetreten ist. Selbst wenn eine solche vorhanden gewesen wäre, ist nicht anzunehmen, dass sie dauerhafter Natur gewesen ist. Andernfalls hätte Dr. E.____ nach der Hospitalisation in X.____ in irgendeiner Form psychotische Symptome beschreiben müssen. Er erwähnte jedoch weder den stationären Aufenthalt noch dokumentierte er psychotische Symptome (vgl. Bericht vom 7. September 2022). Es ist deshalb anzunehmen, dass ein allfälliger psychotischer Zustand der Versicherten im Frühjahr 2022 nach wenigen Wochen vollständig remittiert ist, weshalb daraus keine dauerhafte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit abgeleitet werden kann.

8.4 Dr. G.____ beschrieb in seinem Bericht vom 22. Dezember 2022 als einzige Fachperson im Rahmen einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) konkret psychotische Symptome. Gemäss seiner Ansicht seien diese im Juni 2008 ausgebrochen und würden seither die Versicherte beschäftigen. Die paranoide Schizophrenie ist laut dem Kodierungssystem ICD-10 F20.0 durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen. Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache sowie katatone Symptome fehlten oder sind wenig auffallend. Gemäss den Schilderungen des Sohnes und der Versicherten zeigten sich die psychotischen bzw. paranoiden Symptome in Form von optischen (Sehen von Schatten und Menschen) und akustischen Halluzinationen (Stimmen von verschiedenen Menschen) sowie von einem psychotischen Verhalten (Verschwindenlassen von Zigaretten in der Erde, Wegwerfen von Kleidern der Söhne im Rahmen des Glaubens an die Schwarze Magie). Es fällt jedoch auf, dass Dr. G.____ solche Symptome nicht selbst während den zwei bis zur Berichterstattung erfolgten Sitzungen vom 21. November 2022 und 12. Dezember 2022 feststellen konnte. So dokumentierte er im objektiven Psychostatus keine psychotischen oder paranoiden Symptome. Die von Dr. G.____ gestellte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie stützt sich somit allein auf die Angaben des Sohnes und der Versicherten, wonach psychotische bzw. paranoide Symptome seit Juni 2008 andauern würden. Diese Äusserungen sind jedoch nicht glaubwürdig. Es ist kaum vorstellbar, dass der langjährig behandelnde Psychiater Dr. E.____ eine psychotische oder paranoide Symptomatik nicht erwähnt hätte, wenn die Versicherte oder ihre Familie über eine solche berichtet hätte. Dies umso mehr, als Dr. E.____ betonte, dass seine Befunderhebung – im Gegensatz zu PD Dr. D.____ – auch auf fremdanamnestischen Auskünften der Söhne und der Schwiegertochter beruhe. Aus dem gleichen Grund ist die Aussage des Sohnes, wonach die Versicherte aufgrund der schlechten Erfahrungen während des stationären Aufenthalts in der Klinik I.____ und aus Scham gegenüber PD Dr. D.____ ihre Symptome verschwiegen habe, nicht plausibel. Hätte die Versicherte seit 2008 tatsächlich immer wieder an psychotischen Symptomen bzw. an einer paranoiden Schizophrenie gelitten, hätte PD Dr. D.____ bereits im Begutachtungszeitpunkt irgendwelche Hinweise auf eine schizophrene Erkrankung feststellen müssen. So führte er hierzu einleuchtend aus, dass bei Menschen mit einer persistierenden psychotischen Erkrankung entsprechende pathologische Befunde vorliegen müssten. PD Dr. D.____ hatte jedoch bei seiner Untersuchung weder das für eine schizophrene Erkrankung typische Praecoxgefühl (= Gefühl, dass der Untersucher nicht mit der Person des Patienten als Ganzes in Kontakt treten kann) erleben noch formalgedankliche Auffälligkeiten beobachten können. Es gab auch keine relevanten kognitiven Einbussen. Gemäss PD Dr. D.____ müssten aber solche bei langandauernden, chronifizierten schizophrenen Erkrankungen zwingend vorliegen. Zudem gab es in den objektiven Parametern zur Psycho- und Sprachmotorik, Mimik, Gestik sowie Denktempo, keine Anhaltspunkte für eine psychotische Negativsymptomatik. Aufgrund dieser Sachlage erweist sich der Bericht von Dr. G.____ vom 22. Dezember 2022 zu wenig fundiert, um darauf abstellen zu können. In diesem Zusammenhang darf zudem nicht übersehen werden, dass es sich bei der von Dr. G.____ diagnostizierten paranoiden Schizophrenie lediglich um eine Verdachtsdiagnose handelt, weshalb davon auszugehen ist, dass es sich nicht um eine abschliessende Einschätzung handelt. Die Unsicherheit seiner Diagnose zeigt sich auch darin, dass er selbst auf die Schwierigkeit der Diagnosestellung bei schizophrenen Erkrankungen hinwies. Ausserdem geht aus seinem Bericht vom 22. Dezember 2022 hervor, dass er die Versicherte erst seit kurzem behandelt und keine vollständige

Einsicht in die medizinischen Akten hatte, was allein schon die Beweiskraft seiner Beurteilung schmälert. Zudem erweist sich seine Einschätzung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit im Haushaltsbereich als widersprüchlich. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Versicherte keine Haushaltsarbeiten verrichten kann, wenn – so Dr. G.____ – die pharmakologische Behandlung mit Neuroleptika zur Remission der psychotischen Symptomatik geführt habe.

8.5 Aufgrund der Tatsache, dass keiner der behandelnden Ärzte über längere Zeit objektiv anhaltende psychotische bzw. manische Symptome feststellen bzw. konkret beschreiben konnte, ist nicht erstellt, dass die Versicherte seit 2008 ständig an einer langanhaltenden psychotischen Symptomatik leidet. Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Versicherte nicht an einer psychotischen Erkrankung wie an einer paranoiden Schizophrenie (so Dr. G.____), an einer bipolaren affektiven Störung (so Dr. B.____, Dr. E.____ und Dr. H.____) oder an einer undifferenzierten Schizophrenie (so Dr. E.____) leidet. Da die ersten psychotischen Symptome 2008 aufgetreten sind und nur wenige Wochen andauerten, scheint die von PD Dr. D.____ in diesem Zusammenhang gestellte Diagnose einer vorübergehenden akuten polymorphen psychotischen Störung (ICD-10 F23.1) treffender zu sein, zeigen doch solche Störungen gemäss Beschreibung des ICD-10-Codes häufig eine schnelle und anhaltende Rückbildung der Symptome. Da aus einer kurzzeitigen psychotischen Episode keine dauerhafte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten abgeleitet werden kann, hat PD Dr. D.____ diese zu Recht als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet. Das Gleiche gilt selbst, wenn davon ausgegangen wird, dass die Versicherte im Frühjahr 2022 erneut eine psychotische Störung aufwies. Die Berichte von Dr. E.____ vom 7. September 2022 und Dr. G.____ vom 22. Dezember 2022 zeigen deutlich auf, dass spätestens im Herbst keine Hinweise mehr auf ein psychotisches Geschehen vorlagen.

8.6 Was die von Dr. E.____ diagnostizierte chronifizierte schwere depressive Episode (ICD-10 F32.3) und die von Dr. H.____ gestellte Diagnose einer rezidivierenden, schweren depressiven Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) anbelangt, so ist darauf hinzuweisen, dass – wie PD Dr. D.____ zutreffend feststellte – Dr. E.____ keine objektiven Befunde für diese Diagnose aufführte. Vielmehr stützte er seine Befunderhebung auf die subjektiven Angaben der Versicherten und ihrer Familie, weshalb auf die Beurteilung von Dr. E.____ nicht abgestellt werden kann. Da es sich beim Bericht von Dr. H.____ vom 24. Mai 2022 lediglich um eine Bestätigung des stationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik mit Angaben der Diagnosen und der Medikation handelt, kann ihm keine Beweiskraft beigemessen werden. Gemäss der hier massgebenden Beurteilung von PD Dr. D.____ ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vielmehr anzunehmen, dass die Versicherte aufgrund einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode seit Ende Juni 2008 für jegliche Erwerbstätigkeit im Umfang von 30 % und im Haushaltsbereich im Umfang von 10 % beeinträchtigt ist.

9.1 Bei der Bemessung der Einschränkung im Haushaltsbereich ist ausschlaggebend, wie sich der Gesundheitsschaden im Aufgabenbereich konkret auswirkt, was grundsätzlich durch die Abklärung an Ort und Stelle (Art. 69 Abs. 2 Satz 2 IVV) zu erheben ist. Die Abklärung erstreckt sich im Haushalt auch auf den zumutbaren Umfang der Mithilfe von Familienangehörigen, welche im Rahmen der Schadenminderungspflicht zu berücksichtigen ist und weitergeht als die ohne

Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2020, 8C_748/2019, E. 5.1 mit Hinweisen). Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten. Seine grundsätzliche Massgeblichkeit kann unter Umständen bei einer Person mit psychischen Beschwerden Einschränkungen erfahren (Urteile des Bundesgerichts vom 28. März 2018, 8C_806/2017, E. 3.2.2 und vom 13. Juni 2008, 8C_671/2007, E. 3.2.1 mit weiteren Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss bildet die Abklärung vor Ort dennoch grundsätzlich ein geeignetes Mittel zur Invaliditätsbemessung im Aufgabenbereich. Im Falle eines Widerspruchs zwischen den Ergebnissen der Abklärung vor Ort und den fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist den ärztlichen Stellungnahmen in der Regel mehr Gewicht einzuräumen, als dem Bericht über die Haushaltsabklärung. Diese prinzipielle Gewichtung hat ihren Grund darin, dass es für die Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2015, 9C_408/2015, E. 3.3, vom 17. Januar 2014, 8C_669/2013, E. 5.2, vom 5. September 2011, 9C_201/2011, E. 2 und vom 13. Juni 2008, 8C_671/2007, E. 3.2.1 mit weiteren Hinweisen). Die Parteien sind sich einig, dass bei der Feststellung der tatsächlichen Einschränkungen der Versicherten im Haushalt aufgrund des psychischen Leidens die medizinische Einschätzung und nicht der Abklärungsbericht Haushalt massgebend ist. Aus den obigen Ausführungen ergibt sich, dass keine Gründe vorliegen, um von der von PD Dr. D._____ festgestellten 10%igen Beeinträchtigung im Haushalt abzuweichen. Die Beurteilungen von Dr. B._____, Dr. E._____ und Dr. G._____, welche von einer Einschränkung der Versicherten im Haushaltsbereich zwischen 50 % bis 100 % ausgehen, sind nicht geeignet, die Zuverlässigkeit der Einschätzung von PD Dr. D._____ in Zweifel zu ziehen.

9.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die zuständige Abklärungsperson in ihrem Abklärungsbericht vom 19. November 2020 auf das Gutachten von Dr. B._____ vom 26. März 2017 samt Ergänzung vom 6. November 2020. Dr. B._____ attestierte eine 50%ige Einschränkung im Haushalt. Der Grund, weshalb sie nicht auf die Einschätzung von PD Dr. D._____ vom 31. August 2021 abgestellt hat, liegt darin, dass die Beurteilung von PD Dr. D._____ zum Abklärungszeitpunkt noch nicht vorlag. Wie das Kantonsgericht in seinem Urteil vom 5. Oktober 2023 festgestellt hat, würde unter Berücksichtigung der massgebenden Beeinträchtigung im Haushalt von 10 % der Invaliditätsgrad noch tiefer ausfallen. Es besteht daher nach wie vor kein Grund, eine erneute Haushaltsabklärung durchzuführen. Es wird deshalb in antizipierter Beweiswürdigung darauf verzichtet (vgl. E 9.4 des kantonsgerichtlichen Urteils vom 5. Oktober 2023; BGE 134 I 140 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b).

9.3 Die Abklärungsperson beurteilte im Rahmen der Schadenminderungspflicht die Einschränkungen der Versicherten im Haushaltsbereich für zwei Zeitperioden, weil sich der Haushalt mit dem Einzug der Schwiegertochter und dem Enkelkind in die gemeinsame Wohnung per Ende 2017 geändert hat. Sie ging davon aus, dass der verheiratete Sohn mit seiner Familie üblicherweise nicht im gleichen Haushalt mit der Versicherten wohnen würde, weshalb für ihn ab Januar 2018 kein "Mithilfeanteil" mehr angerechnet wurde. Unter Berücksichtigung der familienüblichen Mithilfe berücksichtigte die zuständige Abklärungsperson somit für den im Haushalt der

Versicherten lebenden Ehemann und die drei bzw. ab Januar 2018 zwei Söhne einen "Mithilfeanteil" von jeweils 15 %, was zu Einschränkungen im Haushalt von 0 % bis 2017 bzw. von 6,5 % ab 2018 führte. Bei einer maximalen Einschränkung im Haushaltbereich von 6,5 % liegt der Invaliditätsgrad weit unter dem für einen Rentenanspruch mindestens erforderlichen Invaliditätsgrad von 40 %.

9.4 Mit dem im Beschwerdeverfahren vorgebrachten Einwand der Versicherten, dass die "Mithilfeanteile" unbegründet auf jeweils 15 % festgelegt worden seien, setzte sich das Kantonsgericht bereits im Urteil vom 5. Oktober 2023 auseinander. Hierzu führte es aus, dass keine gewichtigen Gründe vorlägen, in das Ermessen der abklärenden Person einzugreifen (vgl. E. 9.5 des kantonsgerichtlichen Urteils vom 5. Oktober 2023). Daran ist festzuhalten, zumal die Versicherte im bundesgerichtlichen Beschwerdeverfahren keine Einwände mehr gegen die vom Abklärungsdienst ermittelte Einschränkung und den Invaliditätsgrad im Haushalt vorgebracht hat.

9.5 An diesem Ergebnis vermag auch der Umstand, wonach das Kantonsgericht in seinem ersten Urteil vom 27. Juni 2019 das Gutachten von Dr. B.____ vom 28. März 2017 als beweistauglich erachtete, nichts zu ändern. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass das Kantonsgericht im nachfolgenden (und inzwischen aufgehobenen) Urteil vom 5. Oktober 2023 zum Schluss gekommen ist, dass dem Gutachten von PD Dr. D.____ vom 31. August 2021 höhere Beweiskraft zuzumessen sei als demjenigen von Dr. B.____. Zur Begründung führte es an, dass sich PD Dr. D.____ mit den von Dr. B.____ gestellten Diagnosen und der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet habe, weshalb nicht mehr an der Beurteilung von Dr. B.____ festgehalten werden könne (vgl. E. 8.3 des kantonsgerichtlichen Urteils vom 5. Oktober 2023). Weiter stellte das Gericht fest, dass es sich beim Gutachten von PD Dr. D.____ nicht um eine unzulässige "second opinion" handle, habe doch die IV-Stelle diesen infolge einer möglichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit der Begutachtung der Versicherten beauftragt (vgl. E. 7.4 des kantonsgerichtlichen Urteils vom 5. Oktober 2023). Im vorliegenden Verfahren sind keine Gründe ersichtlich, von den damaligen Feststellungen des Kantonsgerichts abzuweichen. Selbst wenn das Gutachten von Dr. B.____ im vorliegenden Verfahren als massgebend zu betrachten wäre, könnte die Versicherte daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Es ist nämlich zu beachten, dass im Abklärungsbericht Haushalt vom 19. November 2020 in medizinischer Hinsicht auf die Einschätzung von Dr. B.____ mit einer 50%igen Einschränkung im Haushalt abgestellt wurde, was unter Berücksichtigung der zumutbaren Mithilfe der Familienangehörigen ebenfalls kein rentenbegründeten Invaliditätsgrad ergäbe.

9.6 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Versicherte mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrades keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Die Beschwerde vom 13. September 2022 ist demgemäss abzuweisen.

10. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten in Höhe von

Fr. 800.-- aufzuerlegen sind. Diese werden mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Gemäss Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

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