



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 1. Juli 2021 (720 20 414 / 182)

Invalidenversicherung

Der Anspruch auf eine Invalidenrente wurde von der Vorinstanz zu Recht verneint, da die tatsächliche Leistungsfähigkeit der versicherten Person gestützt auf die medizinische Aktenlage im vorliegend massgebenden Zeitraum nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sicher beurteilt werden kann, und sich diese Beweislosigkeit zu Ungunsten der versicherten Person auswirkt, da sie aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt einen Anspruch gegenüber der Vorinstanz ableiten will

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. A._____, geboren 1962, arbeitete ab April 1990 in der Küche des Spitals B._____, seit dem Jahr 2002 in einem 80 % Pensum (act. 6). Mit Gesuch vom 20. Mai 2010 meldete sie sich unter

Hinweis auf eine schwere chronische Depression, Asthma, Migräne, Rheuma, Muskelschmerzen und Schwindel sowie Kraftlosigkeit im ganzen Körper zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an (act. 2; vgl. dazu auch die Berichte von Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, vom 31. Mai 2010 [act. 5], und von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 14. August 2010 [act. 10]). Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) liess die Versicherte durch das Ärztliche Begutachtungsinstitut (ABI) begutachten. Dieses gelangte mit Gutachten vom 14. Februar 2011 zum Schluss, aus polydisziplinärer Sicht sei die Versicherte für jegliche leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zu 80 % arbeits- und leistungsfähig (act. 20). In Anwendung der gemischten Methode stellte die IV-Stelle A.____ mit Vorbescheid vom 28. September 2011 die Ablehnung des Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 10 % in Aussicht (act. 25). Im Rahmen des anschliessend durchgeführten Einwandverfahrens machte die Versicherte unter anderem eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands geltend. In der Folge ordnete die IV-Stelle eine Verlaufsbeurteilung durch das ABI an. Nachdem die Versicherte gegen die erneute Begutachtung durch das ABI Einwand erhoben hatte, hielt die IV-Stelle mit Zwischenverfügung vom 21. Juni 2012 an der von ihr geplanten Verlaufsbeurteilung durch das ABI fest (act. 49). Dagegen reichte die Versicherte Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), ein (act. 50). Dieses hiess die Beschwerde mit Urteil vom 29. November 2012 gut und wies die Angelegenheit an die IV-Stelle zurück, damit sie den Gutachtensauftrag einem anderen Begutachtungsinstitut erteile (act. 56). In der Folge holte die IV-Stelle bei der asim (Academy of Swiss Insurance Medicine, Universitätsspital Basel) ein polydisziplinäres Gutachten ein (Gutachten vom 31. Dezember 2013, act. 73). Dieses gelangte zum Schluss, die Versicherte sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig. Der Regionale Ärztliche Dienst beider Basel (RAD) stellte nach Prüfung des asim-Gutachtens fest, dass das psychiatrische Teilgutachten den geforderten Qualitätsrichtlinien in mehreren Punkten nicht genüge, weshalb es zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts nicht herangezogen werden könne (Stellungnahme vom 15. Mai 2014, act. 77). In der Folge ordnete sie zur Symptomvalidierung die stationäre Begutachtung der Versicherten durch die Klinik X.____ an (act. 79 f.). Da sich A.____ mit dieser weiteren Begutachtung nicht hatte einverstanden erklären können (act. 81), erliess die IV-Stelle am 22. Januar 2015 erneut eine Zwischenverfügung, worin sie an der geplanten Durchführung der stationären Begutachtung durch die Klinik X.____ festhielt (act. 85). Auch gegen diese Zwischenverfügung liess die Versicherte beim Kantonsgericht Beschwerde erheben (act. 87). Mit Urteil vom 2. Juli 2015 wies das Kantonsgericht die Beschwerde ab (act. 92). In der Folge wurde die Begutachtung stationär vom 14. bis 18. März 2016 durch die Klinik X.____ durchgeführt (vgl. psychiatrisches Gutachten vom 19. September 2016, act. 103). Gestützt darauf erliess die IV-Stelle am 11. Dezember 2017 einen weiteren Vorbescheid, mit welchem der Versicherten wiederum die Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht gestellt wurde (act. 108). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens liess die Versicherte neue medizinische Berichte der behandelnden Ärzte zu den Akten reichen. Nach Würdigung derselben hielt der RAD an der Einschätzung der Klinik X.____ fest (act. 137). Mit Verfügung vom 21. September 2020 schliesslich lehnte die IV-Stelle gestützt auf die psychiatrische Beurteilung der Klinik X.____ vom 19. September 2016 und in Anwendung der gemischten Methode bei einer Aufteilung von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente ab.

B. Dagegen liess A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, mit Eingabe vom 26. Oktober 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht erheben und beantragte unter o/e-Kostenfolge die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, ihr auf den frühestmöglichen Zeitpunkt eine ganze Rente auszurichten.

C. Mit Vernehmlassung vom 25. November 2020 ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim sachlich wie örtlich zuständigen Kantonsgericht eingereichte Beschwerde vom 26. Oktober 2020 ist einzutreten.

2. Streitgegenstand bildet der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Dabei ist zwischen den Parteien die Beweistauglichkeit des Gutachtens der Klinik X.____, das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen Beschwerden, der Eintritt einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung durch die Klinik X.____, die Anwendung der gemischten Methode sowie die Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens umstritten.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.2 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 145 V 215 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). 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 dabei, ob es der leistungsbeanspruchenden, materiell beweisbelasteten versicherten Person gelingt, auf objektiver Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V

281 E. 3.7.2). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen sind nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigungen anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1). Der Rechtsanwender bzw. die Rechtsanwenderin prüft die medizinischen Angaben frei darauf hin, ob die Ärzte sich insbesondere an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob respektive in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 145 V 361 E. 3.2.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2020, 8C_423/2019, E. 3.2.2).

3.3 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG versicherte Personen, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen versicherten Personen 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). Bei versicherten Personen, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG (Einkommensvergleich) festgelegt. Waren sie daneben auch im Haushalt tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG (Betätigungsvergleich) ermittelt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Haushalt zu bestimmen und der IV-Grad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; Art. 28a Abs. 3 IVG).

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 Unterlagen angewiesen, die ärztliche Fachleute zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 f.).

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 kantonale 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 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). Dennoch erachtet es die 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b). So ist 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, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle und das Verfahren vor dem kantonalen Sozialversicherungsgericht sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache sodann nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b). Zu beachten ist, dass der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig ausschliesst, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle bzw. des kantonalen Sozialversicherungsgerichts ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b mit Hinweisen).

5.1 Zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liegen die folgenden wesentlichen medizinischen Unterlagen bei den Akten:

5.2 Mit Arztbericht vom 14. August 2010 diagnostiziert Dr. D._____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine seit Jahren bestehende rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2), eine chronische somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Enthesitis und Peritendinitis der Plantaraponeurose, eine arterielle Hypotonie mit Schwindel sowie eine Refluxkrankheit mit Übelkeit und Magenbrennen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden ein Status nach Hysterektomie, ein allergisches Asthma und eine Rhinoconjunctivitis, eine Migräne, eine Urtikaria und eine chronische Obstipation vorliegen. Der aktuelle Zustand präsentiere sich mit chronischer Müdigkeit, Tagesschläfrigkeit, Schlafstörungen, chronischen Schmerzen, Konzentrationsstörungen, negativem Denken, depressiver Verstimmung, Angstgefühlen, Kraftlosigkeit, Schwindelzuständen mit schwerem Kopf, Fusssohlenschmerzen, Schulterschmerzen etc. Seit 11. November 2009 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

5.3 Das ABI diagnostiziert mit polydisziplinärem Gutachten vom 14. Februar 2011 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Aus polydisziplinärer Sicht resultiere bei der Versicherten ab Januar 2009 für alle leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, die vollschichtig realisierbar sei. In Bezug auf das jetzige Leiden habe die Versicherte angegeben, sie könne kaum den Kopf halten und habe Schwindel und Kopfschmerzen. Sie verspüre zudem eine Konzentrationsschwäche und ein Zittern und es werde ihr immer schwarz vor Augen. Sie habe ein Durcheinander mit den Händen und diese würden einschlafen. Sie falle auch oft in Ohnmacht, habe Schulterschmerzen und Gelenkschmerzen bis in die Fersen. Der psychiatrische Gutachter hält als psychopathologischen Befund fest, dass die Versicherte sehr klagend gewesen sei und zu Beginn müde den Kopf in den Händen abgestützt habe. Nach der Untersuchung sei sie aufgrund der Schmerzen, die sie in den Beinen und in den Schultern verspürt habe, auffällig vorsichtig und langsam gegangen. Sie habe sehr dramatisierend gewirkt. Bis auf eine depressive Stimmung und eine erhöhte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen hätten keine relevanten objektiven Befunde erhoben werden können.

5.4 In der Folge wurde die Beschwerdeführerin durch das asim begutachtet. Mit Gutachten vom 31. Dezember 2013 gelangen die Fachärzte aus gesamtmedizinischer Sicht zum Ergebnis, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lägen eine atypische Depression (ICD-10 F32.8), eine sonstige konversive Störung (ICD-10 F44.7) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) vor. Aufgrund der starken Störung des sozialen Verhaltens, der sehr stark verminderten emotionalen Belastbarkeit, der psychomotorischen Defizite und der starken gedanklichen Einengung sei die Versicherte auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig. Aus somatischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen, die Arbeitsfähigkeit werde rein psychiatrisch bestimmt. Es sei davon auszugehen, dass es im November 2009 zu einer deutlichen Verschlechterung der psychischen Problematik gekommen und die Arbeitsfähigkeit seither aufgehoben sei. In Bezug auf das jetzige Leiden habe sich die Versicherte dahingehend geäußert, dass sie völlig müde und kraftlos sei, starke Schmerzen in den Füßen habe, aber auch im

ganzen Körper und im Kopf. Sie leide unter Asthma. Sie sei immer müde, habe überall Schmerzen, Schwindel im Kopf und sie habe Mühe mit der Orientierung. Sie sehe Sachen doppelt und dreifach, alles sei wie verschwommen. Der Nachtschlaf sei schlecht, sie wache oft schreckhaft mit Angstgefühlen und Schreien aus dem Schlaf auf und könne nicht mehr einschlafen. Sie werde zunehmend vergesslich. Der Körper sei müde. Sie könne den Kopf nicht halten. Das Hauptproblem sei, dass der Kopf schwer und gross sei, ein weiteres Problem seien die Fusschmerzen.

5.5 Die Klinik X.____ diagnostiziert mit psychiatrischem Gutachten vom 19. September 2016 im Rückblick eine rezidivierende depressive Störung, differenzialdiagnostisch eine chronische depressive Entwicklung im Sinne einer Dysthymie. Im Rahmen der aktuellen Beschwerden hält Dr. med. E.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH und medizinischer Leiter des Zentrums für Begutachtung der Klinik X.____, auf S. 25 f. fest, die Versicherte habe angegeben, dass sie, wenn sie ihre Medikamente nicht einnehme, nicht schlafen könne, vor Schmerzen wie verrückt schreien müsse und es ihr ganz schlecht gehe. Sie könne den Kopf nicht halten, den Körper nicht tragen und es laste ein grosses Gewicht auf ihr. In den Beinen habe sie keine Kraft, sie seien schwer. Sie fühle sich, als ob sie sterbe. Es falle ihr nichts leicht, es gebe zwei oder drei Minuten, wo es ihr gut gehe. Ihr Körper sei krank. Sie habe Schmerzen an den Füssen und Kopfschmerzen, die in den Nacken, in die Schultern bis zu den Füssen reichen würden. Sie leide auch unter Asthma und habe eine Allergie, zudem Panikattacken, wobei der ganze Körper zittere und sie schreien müsse. In seiner Beurteilung führt Dr. E.____ aus, die depressive Störung habe nach Aktenlage bis ins Jahr 2010 längerfristig keine schweren Ausmasse angenommen, wobei über die Schwere der erstmals beschriebenen depressiven Episode im Rahmen des Wochenbetts nichts bekannt sei. Es sei jedoch dokumentiert, dass die Versicherte bis 2009 gearbeitet habe, trotz offenbar emotional schwierigen Arbeitsbedingungen. All das lasse erkennen, dass sie bis ins Jahr 2009 nicht dauerhaft an einer ausgeprägten, ihre Arbeitsfähigkeit einschränkenden psychischen Störung gelitten habe (S. 48). Das Gleiche gelte für ihre körperlichen Beschwerden, die durch somatische Diagnosen bedingt sein dürften, wobei im ABI-Gutachten von somatischer Seite her keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden sei. Im asim-Gutachten sei ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht festgestellt worden.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führt Dr. E.____ folgendes aus: Bei erheblichen inkonsistenten Beschwerden, nicht plausiblen Leistungseinschränkungen, bei an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgetäuschter neuropsychologischer Störung, wenig konsistenten Befunden und wenig konsistentem Verhalten, einer hohen Diskrepanz zwischen angegebenen subjektiven Beschwerden und Einschränkungen sowie objektiv immer wieder präsentierter guter Funktionen lasse sich abschliessend keine valide Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit genügender Wahrscheinlichkeit vornehmen. Die Arbeitsfähigkeit liege aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wesentlich höher als wie von der Versicherten präsentiert. Die im ABI-Gutachten geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei in der Dimension insgesamt nachvollziehbar, da doch bei einer chronisch verlaufenden leichten depressiven Störung die Widerstands- und Durchhaltetätigkeit leicht eingeschränkt sei. Für eine Verschlechterung des Zustandsbilds seit den Begutachtungen in den Jahren 2011 und 2013 bestünden keine verlässlichen Hinweise; offensichtlich

hätten aber Inkonsistenzen und aggravatorisches Verhalten seit der Erstbegutachtung weiter zugenommen. Im Rahmen des Fragekatalogs äussert sich Dr. E.____ unter Ziffer 4 dahingehend, dass das Ausmass von nicht authentischer Beschwerden- und Leistungspräsentation erheblich sei. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sei von einer vorgetäuschten neuropsychologischen Störung auszugehen. Bei der Präsentation der körperlichen und psychischen Beschwerden sei von einer erheblichen Aggravation auszugehen, wobei eine authentische Kernsymptomatik nicht differenziert beurteilt werden könne, da sie von nicht authentischer Symptompräsentation überstrahlt werde.

5.6 Im Austrittsbericht vom 20. Dezember 2018 diagnostiziert die Klinik F.____ nach einem stationären 14-tägigen Aufenthalt der Beschwerdeführerin eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine Somatisierungsstörung, ein Asthma bronchiale, eine Obstipation und sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen würden (act. 124).

5.7 Dr. D.____ diagnostiziert im Bericht vom 25. Mai 2019 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2), chronifiziert, eine Somatisierungsstörung, ein Asthma bronchiale mit Rhinoconjunctivitis und eine Obstipation (act. 124). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit notiert er, die Patientin sei nicht mehr integrierbar und es seien keine Ressourcen mehr vorhanden. Sie sei aufgrund der vielfältigen gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr arbeitsmässig belastbar.

5.8 Schliesslich liegen die Berichte des Spitals B.____ vom 31. Oktober 2019, vom 29. Oktober 2019, vom 1. Oktober 2019 und vom 19. August 2019 bei den Akten (act. 134). Diesen kann entnommen werden, dass sich die Beschwerdeführerin im Rahmen eines Sturzereignisses im August 2019 eine wenig dislozierte Acetabulumfraktur links zugezogen habe, die folgenlos verheilt sei. Weiter geht daraus hervor, dass die Beschwerdeführerin im Oktober 2019 auch aufgrund von Beschwerden am linken Kniegelenk untersucht worden sei, die in der Folge als Entzündung eingestuft worden seien. Im Vordergrund hätten aber weiterhin die brennenden Beschwerden an beiden Fusssohlen gestanden.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich auf die Beurteilung der Klinik X.____ und geht davon aus, dass eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für sämtliche Tätigkeiten gegeben sei. Die Beschwerdeführerin bestreitet diese Annahme und macht geltend, dass das Gutachten der Klinik X.____ zur Beurteilung des aktuellen Rentenanspruchs sowie der rückwirkenden Ansprüche nicht herangezogen werden könne. Dr. E.____ begründe nicht, weshalb er zu einer vom asim und von Dr. D.____ abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelange. Stattdessen gelte weiterhin die Einschätzung des asim bzw. die medizinische Beurteilung von Dr. D.____. Diesen echtzeitlichen Berichten komme ein höherer Beweiswert zu als der rückwirkenden Beurteilung von Dr. E.____.

6.2.1 Das Gutachten der Klinik X.____ ist im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wie sie in Erwägung 4.2 hiervor dargelegt wurde, umfassend, basiert auf einer vollständigen Aktenkenntnis sowie einer mehrfachen persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin durch das Begutachtungsteam der Klinik X.____. Dr. E.____ setzt sich einlässlich mit den Beurteilungen

der anderen psychiatrischen Fachärzte auseinander. In Bezug auf das ABI-Gutachten führt er aus, es sei bei wenig auffälligem objektivem Psychostatus nachvollziehbar nur eine leichte depressive Störung diagnostiziert worden. Soweit im Rahmen der Aufenthalte in der Klinik G.____ die Diagnose einer schweren depressiven Störung gestellt worden sei, basiere diese massgeblich auf den subjektiven Angaben der Versicherten. Auch mit der Einschätzung von Dr. med. H.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH und psychiatrischer Gutachter des asim, setzt sich Dr. E.____ auseinander und erklärt in nachvollziehbarer Weise, weshalb weder eine atypische Depression noch eine Konversionsstörung vorliegen. Die Diagnose der Konversionsstörung könne nicht mit der für die Begutachtung notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit gestellt werden, da sie lediglich auf den subjektiven Angaben der Versicherten und den Inkonsistenzen beruhe. Die Versicherte habe zwar in der aktuellen stationären Begutachtung ein Verhalten gezeigt, welches in Zusammenhang mit einer solchen Störung gesehen werden könne. Es habe sich aber auch gezeigt, dass sie das Verhalten habe steuern können, was bei konversiven Störungen per definitionem nicht der Fall sei. Nicht in ein bekanntes medizinisches Krankheitsbild eingeordnet werden könne ihr Schreien, das sie auch in der Nacht gemacht habe und womit sie ihre Zimmernachbarin erheblich gestört habe. Am ehesten könne das Schreien in ihr gesamthaft äusserst theatralisch anmutendes Verhalten eingeordnet werden.

6.2.2 Auch die Ausführungen von Dr. E.____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit überzeugen. Er legt dar, dass aufgrund des äusserst inkonsistenten Verhaltens der Beschwerdeführerin und der an den Tag gelegten Theatralik die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit letztlich nicht möglich sei. Da die Abklärung erstmals stationär durchgeführt wurde, konnten die bereits durch das asim festgestellten Inkonsistenzen in allen Bereichen eindeutig beobachtet und bestätigt werden. Eine diagnostische Erklärung für das Verhalten der Beschwerdeführerin konnte Dr. E.____ nicht finden. In der neurologischen Testung ergaben sich zahlreiche Hinweise auf Ungereimtheiten. Während sich die Beschwerdeführerin beim anamnestischen Gespräch genau informiert zeigte, nahm sie bei der testpsychologischen Untersuchung eine verweigernde Haltung ein mit Nichtwissen bei selbst einfachsten Aufgabenstellungen und gab offensichtlich falsche Antworten. Beim Zahlennachsprechen zweier Zahlen nannte sie falsche Zahlen. Dasselbe Muster zeigte sich auch bei der Testung der visuellen Merkspanne. Bei der Orientierung Zeit und Ort gab sie falsche Antworten. Die Symptomvalidierung ergab somit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Vortäuschung einer neuropsychologischen Störung. Die Ausführungen zu dieser neuropsychologischen Testung sind ebenfalls ohne Weiteres nachvollziehbar und frei von Widersprüchen. Auch der Therapiebericht zeigte zahlreiche medizinisch nicht erklärbare Auffälligkeiten im Verhalten der Beschwerdeführerin. Die Sichtweise von Dr. E.____ wird letztlich auch durch die Ausführungen von Dr. H.____ gestützt, der eine bewusstseinsnahe Komponente nicht ausschliessen konnte und eine Observation der Beschwerdeführerin empfahl. Auch das Kantonsgericht stellte mit Urteil vom 2. Juli 2015 fest, dass die Abklärung durch das asim diesbezüglich unvollständig gewesen war, da auf die Durchführung einer Symptomvalidierung verzichtet worden war. Damit erscheint die Beurteilung von Dr. E.____, wonach die Inkonsistenzen eine verlässliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin verunmöglichen, angesichts der Aktenlage absolut nachvollziehbar.

6.2.3 In Bezug auf die Darstellung des Verlaufs der Beschwerden seit der Anmeldung im Jahr 2010 und deren Beurteilung überzeugen die Ausführungen von Dr. E.____ ebenfalls. Während des ersten Aufenthaltes in der Klinik G.____ vom 8. Februar 2010 bis 19. März 2010 waren dissoziative Zustände noch kein Thema (vgl. Austrittsbericht vom 4. April 2010, act. 10). Diagnostiziert wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Auch während der ABI-Untersuchung wurden zwar die Klagen und die Dramatisierung der Beschwerdeführerin erwähnt, spezielle Verhaltensauffälligkeiten konnten jedoch nicht beobachtet werden. Im psychiatrischen Teilgutachten wurde eine leichte Depression diagnostiziert, was Dr. E.____ als plausibel erachtete. Erst anlässlich der zweiten Hospitalisation in der Klinik G.____ vom 2. Dezember 2011 bis 6. Januar 2012 wurden im Rahmen der Anamnese von der Beschwerdeführerin dissoziative Auffälligkeiten und das unkontrollierbare Schreien erwähnt (vgl. Austrittsbericht vom 19. Januar 2012, act. 34). Seither bilden diese Zustände Gegenstand der medizinischen Unterlagen, wobei bis zum Aufenthalt in der Klinik X.____ nie eine verlässliche Validierung vorgenommen wurde. Insofern ist die Feststellung von Dr. E.____, wonach das Verhalten bis ins Jahr 2010 konsistent gewesen sei, die Beschwerdeangaben und Inkonsistenzen dann aber immer zahlreicher geworden seien, schlüssig und nachvollziehbar. Zusammenfassend ergibt sich damit, dass keine Indizien vorliegen, die die Beweiskraft des Gutachtens der Klinik X.____ in Zweifel ziehen.

6.3 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, ihr Gesundheitszustand habe sich nach der Begutachtung durch die Klinik X.____ verschlechtert, was dadurch zum Ausdruck gelange, dass sie im November 2018 einen Suizidversuch unternommen habe, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Die Berichte nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik X.____ sind weder geeignet, die Schlussfolgerung von Dr. E.____ in Zweifel zu ziehen, noch ist gestützt darauf eine wesentliche dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Die von der Klinik F.____ und von Dr. D.____ gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode basiert auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Eine dauerhafte erhebliche Verschlechterung erscheint unwahrscheinlich, da Dr. D.____ im Bericht vom 25. Mai 2019 die gleichen Auffälligkeiten schildert, wie sie bereits anlässlich der vorangehenden Begutachtungen aufgetreten sind. Auch die Befunde der Klinik F.____, die am Tag des Eintritts am 16. Dezember 2019 erhoben worden sind, sowie die psychiatrische Anamnese decken sich im Wesentlichen mit den Feststellungen im Rahmen der Begutachtung durch die Klinik X.____. Auch trat die Beschwerdeführerin auf eigenen Wunsch bereits nach zwei Wochen aus der Klinik F.____ aus, um eine Darm-Vorsorgeuntersuchung wahrzunehmen. Soweit die Beschwerdeführerin auf die somatischen Beschwerden und auf die Berichte des Spitals B.____ vom 31. Oktober 2019, vom 29. Oktober 2019, vom 1. Oktober 2019 und vom 19. August 2019 hinweist, kann sie daraus ebenfalls nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die wenig dislozierte Acetabulumfraktur links, die sie sich aufgrund eines Sturzereignisses am 11. August 2019 zugezogen hatte, ist folgenlos und ohne Fehlstellung verheilt. Eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit hat sich daraus nicht ergeben. Auch in Bezug auf die Beschwerden am linken Knie in Form einer Tendinitis der distalen Bizeps femoris Sehne gibt es keine Hinweise in den Akten, dass diese eine längere Arbeitsunfähigkeit begründet haben.

7. Damit ist zum Ergebnis zu gelangen, dass die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht in genügender Weise nachgekommen ist und den Untersuchungsgrundsatz nach Art. 43 ATSG nicht verletzt hat. Gestützt auf die medizinische Aktenlage kann die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im vorliegend massgebenden Zeitraum nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sicher beurteilt werden. Diese Beweislosigkeit wirkt sich zu ihren Ungunsten aus, da sie aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt einen Anspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin ableiten will (vgl. dazu Erwägung 4.3 hiervor). Bei dieser Ausgangslage spielt es keine Rolle, ob die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100 % oder zu 80 % erwerbstätig wäre, da der ermittelte Invaliditätsgrad in jedem Fall unter der Erheblichkeitsgrenze von 40 % zu liegen kommt. Auch die Überprüfung der Feststellungen der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens sowie des leidensbedingten Abzugs erübrigen sich. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 21. September 2020 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

8. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Bei Entscheiden wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Kantonsgericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind. Dem Prozessausgang entsprechend hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

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. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

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