



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Juni 2024 (720 23 354 / 136)

Invalidenversicherung

Würdigung der medizinischen Unterlagen, Prüfung der Frage, ob eine rentenrelevante Verschlechterung gemäss Art. 17 ATSG eingetreten ist

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Marco Chevalier, Rechtsanwalt, Elisabethenstrasse 28, Postfach 425, 4010 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. A._____, geboren 1966, meldete sich mit Gesuch vom 17. Januar 2012 unter Hinweis auf eine Depression zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) an. Die IV-Stelle klärte den medizinischen Sachverhalt ab und gab bei Dr. med. B._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C._____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, ein psychiatrisch-rheumatologi-

sches Gutachten in Auftrag. Mit Verfügung vom 13. Mai 2014 verneinte die IV-Stelle unter Berücksichtigung einer medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit von 80 % und eines Invaliditätsgrads von 32 % den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente. Diese Verfügung trat unangetroffen in Rechtskraft.

Am 23. März 2023 meldete sich A._____ wieder zum Bezug von IV-Leistungen an. Im Gesuch wies sie auf eine seit 1. Juli 2022 bestehende 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit hin. Weiter gab sie an, dass sie vom 1. November 2015 bis 1. Juli 2022 in einem 50 % Pensum in einem Altersheim in der Hotellerie gearbeitet habe. In Bezug auf die gesundheitliche Beeinträchtigung hielt sie fest, dass seit 17. September 2021 moderate bis schwere degenerative Veränderungen der HWS bestehen würden. Nach Einholung einer Stellungnahme bei Dr. med. D._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Oktober 2023 den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente erneut ab. In der Begründung wies sie darauf hin, dass seit April 2012 ein unveränderter Gesundheitszustand bestehe und die Arbeitsunfähigkeit noch immer 20 % betrage.

B. Dagegen erhob A._____, vertreten durch Dr. Marco Chevalier, Advokat, mit Eingabe vom 9. November 2023 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie liess unter o/e-Kostenfolge beantragen, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihr ab 1. September 2023 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die Angelegenheit zur Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zusammenfassend wurde vorgebracht, dass die Beschwerdegegnerin einzig eine Stellungnahme des RAD eingeholt habe. Gestützt darauf behaupte sie, dass sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin im Vergleich zum Jahr 2013 nicht wesentlich verändert habe. Diese Einschätzung widerspreche aber diametral den Arztberichten von Dr. med. E._____, Assistenzärztin des F._____ Spitals, vom 30. November 2022, von Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie FMH sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, vom 27. September 2023 und von Dr. med. H._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 4. Mai 2023. Diese Berichte würden eine massive Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands der Beschwerdeführerin im Vergleich zum Jahr 2013 belegen.

C. Mit Vernehmlassung vom 7. Februar 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine weitere Stellungnahme von Dr. D._____ vom 6. Dezember 2023 die Abweisung der Beschwerde. Sie stellte zusammenfassend fest, dass von der Beschwerdeführerin seit vielen Jahren eine unveränderte, medizinisch nicht nachweisbare Beschwerdeproblematik beklagt werde, weshalb die zumutbare Restarbeitsfähigkeit gleich zu beurteilen sei wie im Gutachten aus dem Jahr 2013.

D. Mit Verfügung der instruierenden Präsidentin vom 9. Februar 2024 wurde die Angelegenheit der Dreierkammer zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde 9. November 2023 ist einzutreten.

2. Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Die Beschwerdeführerin macht den Eintritt einer gesundheitlichen Verschlechterung per Mitte Jahr 2021 geltend. Eine allfällige Invalidenrente könnte unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Wartefrist (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) frühestens ab September 2023 ausbezahlt werden. Folglich sind die Gesetzesgrundlagen in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung anwendbar. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

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 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, 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. Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 – 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 – 50 % gelten prozentuale Anteile zwischen 25 % und 47.5 % (Abs. 4).

3.3 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 145 V 215 E. 5.1; 143 V 409 E. 4.5.2). 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 grund-

sätzlich 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 145 V 215 E. 5.3.2; 143 V 409 E. 4.2.1; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.4 Ist die IV-Stelle auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchsbegründenden Änderung des Invaliditätsgrades bildet bei einer Neuanschuldung die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht. Demnach sind in der vorliegenden Streitigkeit die Verhältnisse bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. Oktober 2023 mit denjenigen im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 13. Mai 2014 zu vergleichen (BGE 133 V 108 E. 5.2 und E. 5.4).

Eine Rente ist insbesondere bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3; 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2023, 9C_477/2022, E. 2.1).

3.5 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche – insbesondere bei der Feststellung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person – ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten

Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. An die Beweiswürdigung sind strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1). Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG) beherrscht sind. Danach haben Verwaltung und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

4. Im Rahmen der erstmaligen Rentenprüfung im Jahr 2013 stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. B.____ und Dr. C.____ vom 17. Oktober 2013. Dr. B.____ diagnostizierte aus psychiatrischer Sicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mass er der von ihm ebenfalls diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei. Er hielt fest, dass sich die in den Akten erwähnte schwere depressive Störung wesentlich gebessert habe, obwohl die Versicherte nicht wie eigentlich zwingend notwendig, antidepressiv behandelt werde. Die chronische Schmerzstörung sei geringgradig ausgeprägt. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit gelangte Dr. B.____ zum Schluss, dass bei der Versicherten aufgrund der leichten depressiven Episode in jeder beruflichen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20 % gegeben sei. Dr. C.____ stellte aus rheumatologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er ein myotendinotisches zervikothorakales Schmerzsyndrom bei radiomorphologisch multietageren degenerativen Veränderungen der HWS, jedoch ohne Hinweise auf eine segmentale Dysfunktion der HWS von klinischer Relevanz, ohne Hinweise auf eine organisch bedingte Instabilität der HWS, klinisch myotendinotischen Verspannungen der paravertebralen Muskulatur im zervikalen und im thorakalen Bereich, Verspannungen der Mm. trapezi beidseits, der Mm. levatores scapulae beidseits, jedoch ohne Myogelosen und ohne Hinweise auf eine segmentale Dysfunktion der HWS. Zudem diagnostizierte er ein myotendinotisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, radiomorphologisch ohne Hinweise auf relevante degenerative Veränderungen der LWS sowie ohne Hinweise auf relevante Einengungen der Neuroforamina bzw. des Spinalkanals von klinischer Relevanz, ohne Hinweise auf eine segmentale Dysfunktion der LWS oder auf eine lumbale Radikulopathie, linksbetonte pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung in die unteren Extremitäten durch Kettenmyotendinosen der Beinmuskulatur beidseits bei ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung und muskulärer Dysbalance. Weiter diagnostizierte Dr. C.____ eine Fibromyalgie, generalisierte Schmerzverarbeitungsstörung, DD: Depression mit somatischem Syndrom, sowie den Status nach bilateraler halboffener Spaltung des N. medianus bei bilateralem Karpaltunnelsyndrom. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht attestierte er der Versicherten nicht. Aus gesamtmedizinischer Sicht hielten die beiden Fachärzte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % fest.

5.1 Im Zuge der Neuanmeldung vom 23. März 2023 reichte die Beschwerdeführerin die folgenden medizinischen Berichte ein:

5.2 Dr. med. I.____, Chefärztin der Klinik Wirbelsäulenchirurgie des F.____ Spitals, diagnostizierte im Bericht vom 3. Oktober 2021:

1. Ganzkörperschmerz
 - mit diffusen Enthesiopathien (Schulter, Nacken, Oberarme, Arme und Daumengelenke)
 - Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom
 - kombiniert mit myofaszialen Schmerzen DD degenerativ, degenerativ entzündlich, Ausschluss einer rheumatologischen Ursache
 - MRI der HWS: Schwere degenerative Veränderungen
2. Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
 - mit intermittierenden Lumboischialgien bds. DD pseudoradikulär, myofaszial
3. Status nach Mamma Tumor, Dignität unklar.

Die Patientin sei zur Abklärung eines seit Jahren bestehenden globalen Schmerzsyndroms zugewiesen worden. Sie leide unter einem Ganzkörperschmerz ausgehend vom Nacken über die Schultern über den dorsalen Ober-/Unterarm bis in die Finger strahlend. Intermittierend bestehe auch Schwindel ausgehend vom Nacken und Kopfschmerzen von nuchal bis in die Augen ziehend. Zudem bestünden eine morgendliche Steifigkeit der Finger und ein inkompletter Faustschluss sowie geschwollene Gelenke. Die Schmerzausstrahlung erfolge über den gesamten Rücken auch in die Beine, teils mit Ausstrahlungen vom Gesäss bis in die Kniekehle und intermittierend auch bis an den lateralen Fussrand bds. Seit einiger Zeit beklage sie ebenso eine vermehrte Müdigkeit. In der Beurteilung hielt Dr. I.____ fest, dass bei der Patientin ein Ganzkörperschmerz mit einem Panvertebralsyndrom gegeben sei. Durch die degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS sei ein Teil der Beschwerden erklärt.

5.3 Dr. med. univ. (AT) J.____, Facharzt Rheumatologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 10. Oktober 2021 ein chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom unklarer Genese, den Verdacht auf eine L4-Radikulopathie rechts sowie als Nebendiagnosen ein depressives Grundleiden und atypische Thoraxschmerzen. In der Beurteilung hielt er fest, dass ein generalisiertes, myofaszielles Schmerzsyndrom bestehe. Eine entzündliche rheumatologische Ursache sei sehr unwahrscheinlich. An den Händen bestünden diskrete degenerative Veränderungen. Das ISG-Ödem sei minimal und am ehesten degenerativer Genese, im Vergleich zum MRI aus dem Jahr 2012 bestehe keine Progredienz. Er halte eine L4-Radikulopathie aufgrund des abgeschwächten PSR rechts für möglich, da eine foraminale Enge L4 aufgrund einer Diskushernie LWK 4/5 bestehe. Dies erkläre aber die gesamte Beschwerdesymptomatik in keinsten Weise, die Patientin gebe auch keine expliziten Schmerzen im Dermatome L4 an. Eine Schwäche oder sonstige red flags bestünden auch nicht, sodass dies maximal ein Nebenschauplatz sei. Die Patientin erfülle wie alle Schmerzpatienten auch die Fibromyalgie-Kriterien. Angezeigt sei eine psychosomatische Anbindung sowie eine Betreuung in einer Schmerzklinik. Von interventionellen Massnahmen sei Abstand zu halten.

5.4 Im Austrittsbericht der Interdisziplinären Notfallstation des Spitals K.____ vom 21. November 2022 wurden Parästhesien im linken Arm und im linken Bein sowie ein unklarer Thoraxschmerz am ehesten muskuloskelettal diagnostiziert.

5.5 Dem Bericht der Notfallstation des Spitals L.____ vom 25. November 2022 sind als Diagnosen linksseitige Thoraxschmerzen unklarer Ätiologie, am ehesten muskuloskelettal, Parästhesien im linken Arm und linken Bein sowie ein bifaszikuläres Blockbild unklarer Ätiologie zu entnehmen. In der Beurteilung hielten die Ärzte fest, dass die notfallmässige Selbstvorstellung wegen Thoraxschmerzen, die seit einer Woche gegeben seien, erfolgt sei. Die Patientin sei bereits am 20. November mit den gleichen Beschwerden auf der Notfallstation des Spitals K.____ vorstellig geworden. Dort seien die Beschwerden ebenfalls als muskuloskelettal gewertet worden. Die Patientin sei in stabilem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

5.6 Bei den Akten liegt sodann der Austrittsbericht der Klinik Rheumatologie und Schmerztherapie des F.____ Spitals vom 30. November 2022. Dr. med. M.____, Oberärztin, und Dr. med. N.____, Assistenzärztin, diagnostizierten folgendes:

1. Thoracic outlet Syndrom links
 - myofasziale Hauptkomponente
 - multietagere degenerative Veränderungen (Osteochondrosen Höhe HWK 3/4 bis HWK 6/7, Facettengelenksarthrose HWK 7/BWK 1), Fehlförmigkeit (Streckhaltung im oberen Drittel und tendenzielle Kyphosierung) Röntgen vom September 2021
 - MRI vom September 2021: Multietagere degenerative Veränderungen, Foraminalstenose mit Kompromittierung C5-C7 links
2. Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
3. mittelgradige depressive Episode
4. Vitamin D-Mangel
5. Nebendiagnose Status nach CTS-Spaltung bds.

In der Beurteilung wurde festgehalten, dass die stationäre Aufnahme wegen eines myofaszialen Schmerzsyndroms mit Hauptschmerz im Schulter-/Nackengebiet links mit Ausstrahlung in den linken Arm und diffusen Sensibilitätsstörungen erfolgt sei. Das MRI der HWS habe multietagere degenerative Veränderungen gezeigt, weshalb eine Vorstellung in der Wirbelsäulenchirurgie erfolgt sei. Dort seien invasive Massnahmen aufgrund fehlender radikulärer Symptomatik als nicht sinnvoll erachtet worden und es sei eine Vorstellung bei den Schmerztherapeuten empfohlen worden. In Bezug auf die Behandlungsmassnahmen führten Dr. M.____ und Dr. N.____ aus, dass die Patientin der Medikation mit Cymbalta ablehnend gegenüberstehe. Die Patientin sei in gebesserem Allgemeinzustand entlassen worden.

Dr. E.____, die im Rahmen eines psychiatrischen Konsils beigezogen wurde, diagnostizierte im Bericht vom 30. November 2022 nach einmaliger Untersuchung den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine mittelgradige depressive Episode. Als psychopathologischen Befund hielt sie folgendes fest: 55-jährige Patientin

in gepflegtem Erscheinungsbild. Im Kontaktverhalten freundlich, mitteilungsbereit und zugewandt. Wach und bewusstseinsklar. Zu allen Qualitäten vollständig orientiert. Lang- und Kurzzeitgedächtnis unauffällig. Subjektiv und objektiv leichte Konzentrationsstörungen. Im formalen Denken geordnet mit unauffälliger Denkgeschwindigkeit. Grübelneigung. Keine Sinnestäuschungen. Keine inhaltlichen Denkstörungen. Keine Ich-Störungen. Einzelne Realängste. Sorgen bezüglich der körperlichen Gesundheit. Keine Zwänge. Stimmung subjektiv als euthym beschreibend, objektiv leicht gedrückt, Angabe innerer Unruhe. Antriebsarmut und Interessenminderung. Hohe Ermüdbarkeit. Keine Suizidgedanken und -intentionen. Schlaf schmerzbedingt beeinträchtigt mit mehrmaligem Aufwachen nachts. Keine Appetitstörungen. Ausser Nikotin keine Noxen. In der Beurteilung gelangte Dr. E._____ zum Schluss, dass bei der langjährigen Schmerzthematik von einer Chronifizierung und einer anteiligen somatoformen Schmerzkomponente ausgegangen werden könne. Komorbid liege eine mittelgradige depressive Episode mit konsekutiver wechselseitiger Beeinflussung von Schmerz und psychischem Befinden vor. Es werde die Medikation mit Cymbalta empfohlen, da dieses einen antidepressiven und schmerzdistanzierenden Effekt erziele, sowie die psychotherapeutische Begleitung.

5.7 Die Klinik Rheumatologie und Schmerzmedizin des F._____ Spitals hielt im Notaufnahmeverricht vom 22. April 2023 fest, dass die Patientin von plötzlich klopfenden cervikalen Schmerzen beim Autofahren betroffen gewesen sei. Seit dem Austritt im Dezember 2022 habe sie immer wieder Schmerzen dieser Art in der HWS gehabt. Diagnostiziert wurde der Verdacht auf eine Exazerbation eines chronischen Schmerzsyndroms HWK 6/7 mit myofaszialer Begleitkomponente linksbetont. Als therapeutische Massnahme wurde eine Physiotherapie angeordnet.

5.8 Dr. H._____ hielt im IV-Bericht vom 4. Mai 2023 fest, dass seit Jahren generalisierte Schmerzen am ganzen Körper unklarer Ursache bestehen würden, wobei entsprechende Konsultationen bei diversen Spezialisten stattgefunden hätten. Aktuell bestünden Kopf- und Nackenschmerzen. Der Allgemeinzustand sei leidend, afebril, kreislaufinstabil, es bestünden ausgeprägte Myogelosen/Verspannungen am Schultergürtel, der Nacken- und Rückenmuskulatur und die Schulter-ROM (Range of Motion) sei schmerzbedingt eingeschränkt allseits beidseits. Als Diagnosen erwähnte Dr. H._____ den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein Thoracic outlet Syndrom links sowie ein akut auftretendes zervikothorakovertebrales Syndrom mit mittelgradig depressiver Episode, einem Vitamin D-Mangel und rezidivierenden atypischen Thoraxschmerzen. Fragen zur Leistungsfähigkeit konnte Dr. H._____ nicht beantworten.

5.9 Dr. G._____ führte in seiner Stellungnahme vom 27. September 2023 nach einmaliger Untersuchung der Versicherten aus, diese berichte, dass sie seit Jahren überall Schmerzen habe. Begonnen habe es vor 30 Jahren mit Nackenschmerzen. Sie habe den Kopf nicht bewegen können. Die Behandlung im F._____ Spital habe ein bisschen, aber nicht viel geholfen. Nun sei es wieder gleich. Letzten Sonntag sei es wieder schlimmer geworden mit nun Schmerzen vom Nacken bis in den Bereich der Beckenkämme beidseits und Ausstrahlung in beide Arme bis in die Finger. Sie habe am Morgen Schwierigkeiten mit dem Biegen der Finger V, manchmal auch IV rechts dominant. Die Steifigkeit der Hände dauere ein paar Stunden an. Weiter gebe sie Ausstrahlungen in beide Beine dorsal und bis in die Zehen an. Manchmal bestünden auch Schmerzen

im Wangen-/Kieferbereich. Sie sei dort morgens geschwollen. Darüber hinaus bestünden auch Schmerzen peritrochantär beidseits, Schmerzen in beiden Schultern, oft linksseitige Brustschmerzen, manchmal Bauchschmerzen mit Luft im Bauch und Knieschmerzen beidseits. Zusammenfassend seien somit sämtliche Schmerzregionen positiv. Bezüglich der Symptomschwere habe sie angegeben, dass sie seit langem sehr schwer erschöpft und müde sei. Am Morgen sei sie ganz kaputt. Es bestehe wahrscheinlich auch eine gewisse Vergesslichkeit. Sie besuche gegenwärtig keine Therapie. Basierend auf seinem Untersuchungsbefund diagnostizierte Dr. G._____ eine generalisierte Fibromyalgie mit als Folge der chronischen Schmerzen verminderter körperlicher Aktivität und Muskeldeconditionierung, eine Muskeldysbalance mit myofaszialen Beschwerden, Maladaptationen im Gehirn seien anzunehmen, sowie multietagere degenerative Veränderungen der HWS. Es bestehe eine Depression. Seines Erachtens sei die Patientin gesamtmedizinisch derzeit zu 100 % arbeitsunfähig. Aus rein rheumatologischer Sicht könne er dies nicht begründen. Die Arbeitsfähigkeit müsste gesamthaft unter Einbezug eines Psychiaters, begründet werden. Es gehe mehr um die Funktionsstörung als um die Diagnose. Als Therapiemassnahmen habe er ihr ein Rezept für Physiotherapie ausgestellt.

6.1 Die Beschwerdeführerin vertritt die Auffassung, dass sich ihr Gesundheitszustand ab Herbst 2021 zunehmend verschlechtert habe. Sie habe aufgrund einer stark zunehmenden Schmerzproblematik verbunden mit der sich verschlimmernden Depression mehrmals die Notaufnahme aufsuchen und sich Ende 2022 während zwei Wochen stationär im F._____ Spital auf der Abteilung Rheumatologie und Schmerzmedizin behandeln lassen müssen. Aufgrund der Verschlechterung habe sie per Sommer 2022 ihre Teilzeitbeschäftigung aufgeben müssen, was jedoch auch nicht zu einer Besserung geführt habe. Die Beschwerdeführerin stützt sich bei ihrem Vorbringen auf die in vorstehender Erwägung zitierten Berichte ihrer behandelnden Ärzte.

6.2 Demgegenüber stützt sich die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung des RAD. Dr. D._____ gelangte in seiner Stellungnahme vom 18. Juli 2023 zum Schluss, dass beim aktuellen Gesuch dieselben und im Wesentlichen unveränderten Beschwerden und Diagnosen geltend gemacht würden. Nach wie vor bestehe ein diffuses Schmerzsyndrom der HWS und LWS, wobei wie in den Vorakten eine myofasziale Hauptkomponente vorliege sowie degenerative relevante Veränderungen vor allem an der HWS. Eine radikuläre, neurologische Symptomatik sei nicht dargestellt worden. Der Hausarzt bestätige, dass seit Jahren generalisierte Schmerzen beklagt würden, für die keine klare Ursache gefunden werden könne und sich die Versicherte fortlaufend in ärztliche Abklärungen und Behandlung begeben. Es liege also ein seit Jahren unveränderter Zustand vor. Im direkten Vergleich der medizinischen Lage im Jahr 2013 und aktuell seien keine wesentlichen Veränderungen oder neue Erkenntnisse vorzufinden. Nach wie vor gehe es um ein diffuses Schmerzsyndrom bei bekannten degenerativen Wirbelsäulenveränderungen ohne neurologische Ausfälle und eine begleitende depressive Problematik, die nicht fachärztlich behandelt werde. Auch Letzteres entspreche der Vorgeschichte und den Angaben im damaligen psychiatrischen Gutachten. Aufgrund der seit vielen Jahren fehlenden Behandlung seien der Schweregrad und der Leidensdruck stark infrage zu stellen. Eine IV-relevante Störung habe nicht postuliert werden können. In der Gesamtschau liege eine praktisch identische medizinische Situation wie vor knapp zehn Jahren vor. Die Diagnosen und Befunde seien im Wesentlichen unverändert,

auch wenn wiederholt weitere Ärzte und Spitäler hinzugezogen würden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht würden demnach dieselben Schlussfolgerungen wie in den Jahren 2013/2014 gelten. Die Versicherte sei, wie damals, in unverändertem Ausmass arbeitsfähig (80 %-ige Arbeitsfähigkeit). Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich. Die somatischen Untersuchungsbefunde würden vorliegen und könnten mit den Akten abgeglichen werden. In seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2023 führte Dr. D.____ ergänzend aus, dass das F.____ Spital zwar von einer Exazerbation des chronischen Schmerzsyndroms berichte. Gleichzeitig werde aber dargelegt, dass an der LWS geringgradige degenerative Veränderungen bestehen würden. Eine radikuläre Symptomatik liege nicht vor. Auch Dr. H.____ habe am 8. Mai 2023 angezeigt, dass seit Jahren unklare generalisierte Schmerzen am Körper ohne klare Ursache vorliegen würden. Eine rheumatologische Ursache habe ausgeschlossen werden können. Eine nachvollziehbare Verschlechterung sei nicht gegeben. Pathologische Befunde, die wesentlich über ein alters-typisches Ausmass hinausgehen würden, würden nicht vorliegen. Eine psychiatrische Therapie finde seit der ersten Begutachtung nicht statt. Dies lasse am Leidensdruck zweifeln. Ferner sei zu beachten, dass es regelhaft zu einer chronischen Schmerzstörung gehöre, dass die Patienten eine depressive Stimmungslage aufweisen würden. Da die gleiche Beschwerdesymptomatik beklagt werde, sei die zumutbare Restarbeitsfähigkeit gleich wie im Gutachten aus dem Jahr 2013 einzustufen.

7.1 Die Argumentation der Beschwerdegegnerin verdient Zustimmung. Im Austrittsbericht des F.____ Spitals vom 30. November 2022 werden zwar ein Thoracic Outlet Syndrom links sowie eine mittelgradig depressive Episode diagnostiziert. Die Ärzte sprechen aber klar von einer myofaszialen Hauptkomponente und multietageren degenerativen Veränderungen. Sie erklären auch, dass die Patientin gut auf die Schmerzbehandlung angesprochen habe und die noch bestehenden Einschränkungen mit einer ambulanten Physiotherapie mit Fokus auf Triggerpunkttherapie angegangen werden könnten. Eine somatoforme Schmerzstörung wurde von der konsiliarisch beigezogenen Dr. E.____ lediglich als Verdachtsdiagnose genannt, gegen die diagnostizierte mittelgradig depressive Episode wurden eine Medikation sowie eine ambulante Psychotherapie empfohlen. Eine psychopharmakologische Medikation lehnt die Beschwerdeführerin ab. Eine Psychotherapie absolvierte sie in all den Jahren nicht, ein Umstand, der den Schweregrad und der Leidensdruck bezüglich der depressiven Episode in Frage stellt. Hinzu kommt, dass die konsiliarische Beurteilung von Dr. E.____ keine eingehende und plausible Herleitung des Schweregrads der diagnostizierten depressiven Episode enthält. Ihre Diagnose beruht lediglich auf den subjektiven Schilderungen der Patientin, wobei auch diese wohl nicht für einen mittleren Schweregrad ausreichend wären. Ausserdem bezeichnete Dr. E.____ die Depression relativierend als komorbid mit konsekutiver, wechselseitiger Beeinflussung von Schmerz und psychischem Befinden. Aus diesem Grund ist eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands im Vergleich zur Begutachtung durch Dr. B.____ nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen. Dr. G.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 27. September 2023 zwar eine generalisierte Fibromyalgie mit als Folge der chronischen Schmerzen verminderter körperlicher Aktivität und Muskeldeconditionierung sowie eine Muskeldysbalance mit myofaszialen Beschwerden. Er erklärte, dass sich die Diagnose der Fibromyalgie definitionsgemäss auf die subjektiven Angaben stütze. Gleichzeitig relativierte

Dr. G.____ aber auch deutlich, dass er aus rheumatologischer Sicht die 100%-ige Arbeitsunfähigkeit nicht begründen könne, da die Arbeitsunfähigkeit immer gesamtmedizinisch beurteilt werden müsse, insbesondere mit Einbezug eines Psychiaters. Er erklärte zwar, es bestehe eine Depression, ohne jedoch eine solche zu begründen. Auch der IV-Bericht von Dr. H.____ vermag daran nichts zu ändern. Dr. H.____ übernahm lediglich die Angaben der Fachärzte und wies letztlich ebenfalls darauf hin, dass seit vielen Jahren der gleiche Gesundheitszustand bestehe.

7.2 Es ergibt sich somit aus den Akten, dass keine Befunde oder Diagnosen vorliegen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands gegenüber der letzten Anspruchsprüfung aus den Jahren 2013/2014 begründen könnten. Eine derartige Verschlechterung wird auch von keinem der behandelnden Fachpersonen geltend gemacht. Damit durfte die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung von Dr. D.____, an deren Beweistauglichkeit keine, auch nicht geringen, Zweifel bestehen, abstellen, und ohne weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen, die Voraussetzungen von Art. 17 ATSG prüfen und deren Vorliegen verneinen.

7.3 Aus dem Gesagten folgt, dass die angefochtene Verfügung vom 10. Oktober 2023, mit der die Beschwerdegegnerin festhielt, es bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente, nicht zu beanstanden ist. Die hiergegen erhobene Beschwerde 9. November 2023 erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

8. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Dem Prozessausgang entsprechend ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

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>