



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 16. Mai 2013 (720 13 32)

Invalidenversicherung

Anspruch auf eine Invalidenrente

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Monica Armesto, Advokatin, indemnisi, Spalenberg 20, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1956 geborene A.____ arbeitete vom 18. Juni 1990 bis 30. November 2010 als Hilfskraft in der Gastronomie bei der B.____. Am 11. August 2010 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Diskushernie bzw. einen Bandscheibenvorfall bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach erfolgloser Durchführung eines Assessments prüfte die IV-Stelle den Rentenanspruch. Die IV-Stelle Basel-Landschaft klärte dabei die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse der Versicherten ab. Mit Verfügung

vom 17. Dezember 2012 lehnte sie nach durchgeführtem Vorbescheidsverfahren den Anspruch von A._____ auf eine Invalidenrente ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A._____, vertreten durch Advokatin Monica Armesto, am 1. Februar 2013 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihr mit Wirkung ab 1. März 2011 eine halbe Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 50 % zuzusprechen. Eventualiter sei in Aufhebung der Verfügung die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter o/e Kostenfolge. In der Begründung wurde insbesondere die Zuverlässigkeit der Beurteilung der von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Fachgutachten von Dr. med. C._____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 18. August 2011 und von Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Oktober 2011 beanstandet. Zudem beständen Anhaltspunkte, dass die Gutachter voreingenommen gewesen seien.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 8. März 2013 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 1. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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). Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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 dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten 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).

1.2 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich an-

erkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder - als alternative Voraussetzung - sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person 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.

1.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

2. Ausgangspunkt der Ermittlung eines Rentenanspruchs bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

2.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

2.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

2.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

2.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). 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 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

3.1.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des Rentenanspruchs der Versicherten auf die Gutachten der Dres. C._____ und D._____. Dr. C._____ konnte in seiner rheumatologischen Beurteilung vom 18. August 2011 keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Er habe deutliche Zeichen eines vermehrten Schmerzgebarens feststellen können, die nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechen würden. So seien vier von fünf Waddell-Zeichen und 13 von 18 Fibromyalgie Tenderpoints sowie die Kontrollpunkte positiv gewesen. Dies zeige sich auch darin, dass die Versicherte gemäss ihren Angaben wegen der Schmerzen nur 15 Minuten sitzen könne. Anlässlich der aktuellen Untersuchung habe sie ohne Anzeichen von Schmerzen jedoch 45 Minuten auf einem Holzstuhl gesessen. Dazu komme, dass sie es als möglich erachte, einen zweistündigen Flug "durchzustehen". Die weiteren Diagnosen wie die Ansatzentendinose am medialen Beckenkamm links mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein, die muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, die Spreizfüsse und der Hallux valgus beidseits beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Die klinische Untersuchung korreliere mit den radiologischen Befunden anlässlich der MRI-Abklärungen vom 13. Oktober 2009, 20. August 2010 und 8. Dezember 2010. Dass es sich um ein eindeutiges pseudoradikuläres Schmerzsyndrom handle, zeige sich durch die Statuserhebung. Dort hätten im Bereich der Lendenwirbelsäule keine relevanten Schmerzen provoziert werden können. Dagegen sei es wiederholt gelungen, die lokalen Schmerzen und die Schmerzausstrahlung ins linke Bein bis zur Grosszehe durch Druck am medialen Beckenkamm links auszulösen. Die Schwäche des linken Beines könne mangels Muskelatrophie klinisch nicht bestätigt werden. Die schwarz umrandeten Fingernägel zeigten, dass die Versicherte gewisse Tätigkeiten ausüben könne. Es würden somit funktionelle Einschränkungen angegeben, die als "eine mindestens bewusstseinsnahe Verdeutlichung" interpretiert werden müssten. Pathologische Befunde an der Halswirbelsäule oder periarthropathische Schulterbeschwerden seien nicht vorhanden. Aus rheumatologischer Sicht würden sich objektiv lediglich lokalisierte weichteilrheumatische Beschwerden finden, die klinisch nur mässiggradig ausgebildet seien. Die von der Versicherten beschriebenen ausgeprägten Schmerzen und die erheblichen funktionellen Einschränkungen könnten dadurch nicht erklärt werden. Da keine wesentlichen Beeinträchtigungen vorlägen, bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

3.1.2 In seinem psychiatrischen Fachgutachten vom 28. Oktober 2011 führte auch Dr. D._____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Die leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht. Es seien keine schwerwiegenden emotionalen Konflikte oder ausgeprägte soziale Belastungen vorhanden, welche in einem Zusammenhang mit den Schmerzen an der lumbosakralen Wirbelsäule, am linken Knie sowie der rechten Schulter ständen. In der aktuellen Untersuchungssituation hinterlasse die Versicherte nicht den Eindruck, dass sie unter schweren quälenden Schmerzen leiden würde. Mimik und Gestik deuteten kein Schmerzerleben an. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne deshalb nicht gestellt werden. Falls die Schmerzen nicht hinreichend durch körperliche Störungen erklärt werden könnten, sei eine psychische Überlagerung im Sinne einer Schmerzfehlverarbeitung anzunehmen. Diese sei jedoch keine psychiatrische Krankheit. Die von der Versicherten angegebenen Symptome wie Durchschlafstörungen, Energielosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, häufig traurige, manchmal nervöse und gereizte eher selten fröhliche Stimmungen, verminderte Fähigkeit, sich zu freuen, Vergesslichkeit, allgemeine

Lustlosigkeit, vermindertes Selbstvertrauen sowie das Gefühl allgemeiner Sinnlosigkeit erfüllten grundsätzlich die Kriterien einer depressiven Episode. Im Gegensatz zu diesen Angaben habe er in der aktuellen Untersuchungssituation festgestellt, dass die Stimmung der Versicherten ausgeglichen gewesen sei. Sie habe immer wieder lächeln, einige Male auch herzlich lachen können. Die Modulationsfähigkeit sei nicht eingeschränkt und die Versicherte hinterlasse einen vitalen Eindruck. Die beklagte Müdigkeit und Energielosigkeit lasse sich klinisch nicht feststellen. Somit sei nur anamnestisch aber nicht aufgrund der Untersuchungssituation eine depressive Episode zu diagnostizieren. Es sei deshalb von einer leichten bis geringgradigen depressiven Episode auszugehen; zumal sie auch nur während eines Jahres Antidepressiva eingenommen und sich nie in eine psychiatrische oder psychotherapeutische Therapie begeben habe. Aus ihrem Leiden ziehe die Versicherte insofern einen ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn, als sie von ihren Angehörigen geschont und unterstützt werde. Aufgrund dieser Ausführungen könne weder für die angestammte noch für eine andere Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

3.2 Zum Gesundheitszustand der Versicherten äusserten sich weiter Dr. med. E.____, FMH Neurologie, Dr. med. F.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, der Hausarzt Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin, und die Ärzteschaft der H.____.

3.2.1 Dr. E.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. März 2010 ein chronisches zerviko- und lumbovertebrales Syndrom mit pseudoradikulären Schmerzen im rechten Arm und im linken Bein. Zudem bestehe ein Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung im Rahmen einer depressiven Entwicklung, welche mit der Überbelastung am Arbeitsplatz im Zusammenhang stehen könnte.

3.2.2 Im Auftrag des Krankenversicherers begutachtete Dr. F.____ die Versicherte. In seinem Gutachten vom 24. Juni 2010 hielt er als Diagnosen ein Zerviko- und Lumbovertebralsyndrom, eine ausgeprägte Schmerzausbreitungstendenz mit funktionellem Weichteilrheumatismus (Fibromyalgie), eine ausgeprägte Krankheitsüberzeugung mit begleitendem sekundärem Krankheitsgewinn, eine unspezifische diffuse Hyposensibilität ohne neurologische Zuordnung sowie eine Adipositas fest. Aufgrund der bildgebenden Untersuchungen (CT vom 31. Oktober 2006, MRI Lendenwirbelsäule vom 13. Oktober 2009) seien keine Befunde feststellbar, welche die Schmerzsymptomatik im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule erklären würden. Anhaltspunkte für neurologische Defizite oder sensomotorische Ausfallerscheinungen lägen nicht vor. Die Schmerzschilderungen im Nackenbereich und an der Lendenwirbelsäule seien sehr unspezifisch, teils inkonstant und nicht überzeugend. Es bestehe ein Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung im Rahmen einer depressiven Entwicklung. Aufgrund seiner Untersuchung, der Röntgenbefunde sowie der Vorakten liege für eine wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von schweren Lasten sowie repetitives Arbeiten über Kopfhöhe seit Anfang April 2010 keine Arbeitsunfähigkeit vor. Dabei bestehe eine gewisse Verlangsamung und eine mutmassliche Demotivation in Bezug auf die Reintegration. Es sei deshalb davon auszugehen, dass die Versicherte keine volle Leistung erbringen werde.

3.2.3 Dr. G._____ führte in seinem Arztbericht vom 20. Juli 2010 als Diagnosen ein chronisches zervikales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Schmerzen L4/5 sowie eine depressive Symptomatik bei chronischer Stressbelastung am Arbeitsplatz mit somatoformer Schmerzstörung auf. Es sei der Versicherten zumutbar, in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % zu arbeiten. In seinem Bericht vom 17. März 2011 attestierte er der Versicherten aufgrund der Schmerzsymptomatik und mit Verweis auf den Bericht der H._____ vom 20. Dezember 2010 ab 1. Dezember 2010 nur noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für leichte Arbeiten.

3.2.4 Vom 8. bis 18. Dezember 2010 hielt sich die Versicherte in der H._____ auf. Gemäss deren Bericht vom 20. Dezember 2010 leide die Versicherte an einem akuten lumboischialgieformen Schmerzsyndrom links (Differentialdiagnose radikulär, pseudoradikulär), einem chronischen zervikovertebralen Schmerzsyndrom links mit hohem myofascialem Anteil und einem periscapulären Syndrom (Differentialdiagnose: Thorako-/Costovertebralsyndrom). Im Schreiben vom 7. Februar 2011 hielten die behandelnden Ärzte der H._____ fest, dass aus rheumatologischer Sicht eine Teilarbeitsfähigkeit bestehe. Diese könne jedoch ohne Durchführung einer psychiatrischen Evaluation nicht begründet werden.

4.1 Nach Würdigung der vorhandenen medizinischen Aktenlage ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle auf die Ergebnisse abstellte, zu denen die Gutachter C._____ und D._____ in ihren Fachgutachten vom 18. August 2011 und 28. Oktober 2011 gelangten. Die Gutachten weisen weder formale noch inhaltliche Mängel auf, sie sind- wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 2.3 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, sie beruhen auf allseitigen Untersuchungen, sie berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sie sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und sie enthalten überzeugende Schlussfolgerungen. Da den Gutachten von Dr. C._____ vom 18. August 2011 und von Dr. D._____ vom 28. Oktober 2011 volle Beweiskraft zuzuerkennen ist, ging die IV-Stelle zu Recht davon aus, dass bei der Versicherten keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht.

4.2 Was die Versicherte dagegen vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft der Gutachten der Dres. C._____ und D._____ in Frage zu stellen. Sie machte geltend, dass die medizinische Aktenlage unvollständig sei, weil einige medizinische Berichte fehlten. Als Beispiel führte sie einzig den Bericht über den Rehabilitationsaufenthalt in der I._____ im Herbst 2010 auf. Wie die IV-Stelle hierzu richtig in ihrer Vernehmlassung darlegte, hielt sich die Versicherte gemäss den Akten nie in der I._____ auf. Dr. F._____ erwähnte zwar in seinem Bericht vom 24. Juni 2010, dass dort ein solcher Aufenthalt geplant gewesen sei. Offensichtlich fand dieser jedoch mangels Kostenübernahme durch die Krankenkasse nicht statt (vgl. Assessment Bogen vom 28. September 2010). Wie dem Bericht der H._____ vom 20. Dezember 2010 zu entnehmen ist, war die Versicherte auch für eine Rehabilitation in der J._____ angemeldet. Sie hielt sich jedoch wiederum infolge der fehlenden Kostengutsprache des Krankenversicherers nie dort auf (vgl. Bericht der H._____ vom 7. Februar 2011). Die IV-Stelle war darüber hinaus nicht verpflichtet, Berichte über die von der H._____ verordnete Wassertherapie und die von der Versicherten privat organisierten Wasseranwendungen in X._____ einzuholen. Denn es

handelt sich dabei nicht um ärztliche Behandlungen, weshalb von ihnen keine aussagekräftigen medizinischen Aussagen zu erwarten sind. Es liegen somit keine Anhaltspunkte für eine unvollständige Aktenlage vor.

4.3 In der Beschwerde wies die Versicherte weiter auf eine Voreingenommenheit beider Gutachter hin, begründete eine solche jedoch nur hinsichtlich Dr. C.____. In dieser Hinsicht brachte sie vor, dass Dr. C.____ zwischen den Angaben der Versicherten und seinen Beobachtungen während der Untersuchung in Bezug auf die "mögliche Sitzdauer" eine Diskrepanz festgestellt habe. Diesfalls hätte er die Versicherte damit konfrontieren müssen, was er jedoch unterlassen habe. Eine Konfrontation sei umso mehr erforderlich gewesen, als die Ausführungen der Versicherten aufgrund der Übersetzung durch die Dolmetscherin nicht immer ihrem tatsächlich geäußerten Worten entsprochen hätten. So sei auch ihre Aussage über die Sitzdauer dahingehend zu interpretieren, dass sie nicht länger als 10 bis 15 Minuten *beschwerdefrei* auf einem Stuhl sitzen könne. Aus dem Umstand, dass Dr. C.____ während der über 45-minütigen Untersuchungsdauer keine Schmerzzeichen habe beobachten können, könnten keine Rückschlüsse auf effektiv vorhandene Schmerzen gemacht werden. Denn nicht jede Person drücke ihre Schmerzen erkennbar aus. Entgegen den Vorbringen der Versicherten ist auf Seite 8 des Gutachtens von Dr. C.____ zu entnehmen, dass er die Versicherte im Zusammenhang mit dem am nächsten Tag anstehenden zweistündigen Flug nach Istanbul mit ihren Angaben über die höchstmögliche Sitzdauer von 15 Minuten konfrontierte. Die Versicherte legte dar, wie sie denke, den Flug mit ihren Schmerzen durchzuhalten. Des Weiteren ist gemäss den Akten nicht davon auszugehen, dass es sich bei der Versicherten um eine Person handelt, welche ihre Schmerzáusserungen zu unterdrücken versucht. Wie bereits Dr. C.____ festhielt, beschrieb auch Dr. F.____ in seinem Bericht vom 24. Juni 2010 ein auffälliges Schmerzgebaren der Versicherten. Dieses Verhalten veranlasste schliesslich Dr. F.____, auf die Möglichkeit einer funktionellen Überlagerung hinzuweisen. Den gleichen Verdacht äusserte im Übrigen bereits Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 25. März 2010. Damit bestehen keine Anhaltspunkte für eine Voreingenommenheit von Dr. C.____. Seine Äusserungen sind objektiv und sachlich formuliert. Allein der Umstand, dass Dr. C.____ die vorliegenden Arztberichte einer kritischen Würdigung unterzieht und schliesslich zu einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Sachlage kommt, reicht nicht aus, um eine mangelnde Neutralität und Unabhängigkeit zu begründen. Auf die Prüfung der gegen Dr. D.____ gerichteten Vorwürfe hinsichtlich einer allfälligen Parteilichkeit wird mangels Substantiierung verzichtet.

4.4. Die Versicherte bemängelt weiter, dass Dr. C.____ keine Diagnosen nach ICD-10 gestellt habe. Entgegen ihrer Ansicht ist die Diagnosestellung von Dr. C.____ nicht zu beanstanden. Er führte in seiner Beurteilung klar und nachvollziehbar aus, dass keine rheumatische Erkrankung vorliege, welche ihre Arbeitsfähigkeit beeinflussen würde. Es ist deshalb folgerichtig, dass er keine rheumatologische Diagnose nach ICD-10 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellt. Mit den unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" beschriebenen deutlichen Zeichen eines so genannten vermehrten Schmerzgebarens verdeutlichte Dr. C.____, dass die Versicherte an keiner invalidisierenden rheumatischen Krankheit leide. Zur Untermauerung seiner Ansicht wies er auf die mehrheitlich positiven Waddell-non-organic-signs und die Fibromyalgie-Tenderpoints mit drei positiven Kontrollpunkten hin. Positive Wad-

dell-Zeichen weisen auf eine nicht-organische Pathologie hin. Sind mindestens 3 der 5 Zeichen positiv, spricht dies für eine nicht-nozizeptive Schmerzursache (vgl. zu den Waddell-Zeichen: ROLF STEBLER/PUTZI ROBERT/MICHEL BEAT, Lumbale Rückenschmerzen - Diagnostik, abrufbar unter: http://medicforum.ch/pdf/pdf_d/2001/2001-09/2001-09-268.pdf). Bei der Versicherten waren vier der fünf Waddell-Zeichen positiv, was ein Hinweis auf ein nicht organisches Geschehen ist.

Wie Dr. med. K.____, FMH Innere Medizin und Hämatologie, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2010 festhielt, sind die 18 tender points der Fibromyalgie nach den Richtlinien der ACR (American College of Rheumatology) definiert und standardisiert (vgl. dazu: ANDRÉ AESCHLIMANN, Kennen Sie die 18 "tender points"? Und das 3-Säulen-Prinzip?, abrufbar unter: http://www.reha-clinic.ch/cms/fileadmin/user_upload/pdf_forschung/fibromyalgie_Aeschlimann_Angst_2007.pdf). Wenn der Patient bei der Untersuchung der tender points einen Schmerz angibt, ist der Befund positiv. Zur Diagnosesicherung werden 14 Kontrollpunkte geprüft, die bei der Fibromyalgie in der Regel nicht schmerzhaft sind. Sind mehr als 3 dieser Kontrollpunkte schmerzhaft, wird die Fibromyalgie-Diagnose in Frage gestellt. Bei der Versicherten waren drei geprüfte Kontrollpunkte positiv. Aufgrund dieses Testergebnisses und unter Berücksichtigung der Anamneseerhebung kam Dr. C.____ nachvollziehbar zum Schluss, dass die Diagnose der Fibromyalgie nicht zu stellen ist. Selbst wenn der von Dr. F.____ gestellten Diagnose der Fibromyalgie zu folgen wäre, ist in diesem Zusammenhang auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts hinzuweisen, wonach eine Fibromyalgie in der Regel zu keiner zu einer Invalidität führenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 8. Februar 2006, I 336/04, E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 352 ff.). Unter gewissen Voraussetzungen kann ausnahmsweise ein Abweichen von diesem Grundsatz in Betracht fallen (vgl. zum Ganzen und insbesondere zu den besonderen Kriterien: BGE 130 V 352 ff.). Aus den Akten sind keine hinreichenden Anhaltspunkte ersichtlich, dass die rechtsprechungsgemässen Kriterien erfüllt wären; dies macht die Versicherte auch nicht geltend.

4.5 Dr. C.____ setzte sich auch mit den Vorakten und den darin aufgeführten Diagnosen auseinander. So nahm er in den Ziffern 6.3 und 7.5 seines Gutachtens unter anderem ausführlich Stellung zum Bericht der H.____ vom 20. Dezember 2010 und demjenigen von Dr. F.____ vom 24. Juni 2010. So führte er überzeugend an, dass die von den behandelnden Ärzten der H.____ gestellten Diagnosen nur zum Teil von seiner Beurteilung abweichen würden. Bei dem von ihnen aufgelisteten akuten lumboschialgieformen Schmerzsyndrom links handle es sich eindeutig um ein pseudoradikuläres Geschehen. Denn die von der Versicherten geschilderte Schmerzausstrahlung verlaufe entlang dem lateralen Bein, womit eine Erkrankung des Ischias ausgeschlossen werden könne. Diese Feststellung stimmt denn auch mit der Anamneseerhebung im Bericht der H.____ überein, wonach die Versicherte im unteren Rückenbereich nur über seitliche Ausstrahlungen am Ober- und Unterschenkel klagte. Dass es sich zudem um keine radikuläre Symptomatik handeln kann, zeigen auch die Ausführungen der behandelnden Ärzte der H.____ zum MRI der Lendenwirbelsäule und dem Iliosakralgelenk. Danach sei keine Diskushernie oder anderweitige Neurokompression festzustellen. Es zeige sich lediglich eine initiale Osteochondrose L4/5 und eine leichte Spondylarthrose L3/4 links und L4/5 links mit dis-

kretem Reizerguss. Was die Diagnose eines chronischen zervikovertebralen Schmerzsyndroms rechts anbelangt, wies Dr. C._____ zutreffend darauf hin, dass die Ärzteschaft der H._____ diesen Schmerzzustand überwiegend als ein myofaszielles Krankheitsbild beurteilt habe. Daraus lasse sich aber keine rheumatologische Diagnose begründen. Im Bericht der H._____ vom 20. Dezember 2010 wurde des Weiteren ein periscapuläres Syndrom diagnostiziert. In dieser Hinsicht legte Dr. C._____ dar, dass er zum Untersuchungszeitpunkt bezüglich der Schultergelenke keine wesentlichen Beeinträchtigungen habe vorfinden können. Die Schultergelenke seien frei beweglich. Es liege kein Schulterimpingement vor und die Rotatorenmanschetten seien beidseits kräftig und indolent. Es ist somit davon auszugehen, dass sich die Schulterbeschwerden seit dem Aufenthalt in der H._____ gebessert haben. Soweit die Versicherte aus der Beurteilung der behandelnden Ärzte der H._____ eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten möchte, ist festzustellen, dass diese zwar von einer Teilarbeitsunfähigkeit ausgehen, aber gleichzeitig anführen, dass sie eine solche ohne eine psychiatrische Evaluation nicht begründen könnten. Ihre Einschätzung erfolgte somit nicht abschliessend, so dass darauf nicht abgestellt werden kann. Desgleichen sind auch die Berichte von Dr. G._____ nicht geeignet, an der Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. C._____ zu zweifeln. Während Dr. G._____ in seinem Bericht vom 20. Juli 2010 noch eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit annahm, ging er gestützt auf den Bericht der H._____ vom 20. Dezember 2010 nun von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab 1. Dezember 2010 aus. Eine detaillierte Begründung für den von ihm festgelegten Umfang der Arbeitsunfähigkeit fehlt, so dass seine Einschätzung nicht nachvollziehbar ist. Aufgrund dieser Ausführungen ergibt sich, dass die Beurteilungen der H._____ und von Dr. G._____ nicht geeignet sind, an den Ausführungen von Dr. C._____ zu zweifeln. Da zudem die übrigen in den Akten vorhandenen ärztlichen Beurteilungen nicht wesentlich von derjenigen von Dr. C._____ vom 18. August 2011 abweichen, ist dem Gutachten von Dr. C._____ volle Beweiskraft beizumessen.

4.6 Entgegen der Ansicht der Versicherten erweist sich die Beurteilung von Dr. D._____ als schlüssig und nachvollziehbar. Dr. D._____ begründete überzeugend, weshalb die Versicherte höchstens an einer leichten depressiven Episode leide. So legte er dar, dass er die von der Versicherten beschriebenen Symptome (z.B. Durchschlafstörungen, Energielosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, häufig traurige Stimmung) anlässlich der Untersuchung nicht habe beobachten können. Die Versicherte habe eine ausgeglichene Stimmung gezeigt und einen vitalen Eindruck hinterlassen. Anzeichen von Müdigkeit, Energielosigkeit oder eine Einschränkung in der Modulationsfähigkeit habe er nicht erkennen können. Aufgrund seiner Untersuchungsbefunde sei eine depressive Episode zu verneinen. Obwohl die Kriterien für die Annahme einer depressiven Störung aufgrund seiner Untersuchungsbefunde nicht erfüllt waren, diagnostizierte Dr. D._____ mit Verweis auf die anamnestischen Angaben der Versicherten und zu ihren Gunsten eine leicht- bis geringgradige depressive Episode. Dass keine schwerere depressive Erkrankung vorliegt, zeigt sich auch darin, dass die Versicherte seit einigen Jahren kein Antidepressivum einnimmt und sich noch nie veranlasst sah, sich psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandeln zu lassen. Entgegen den Vorbringen der Versicherten lässt sich aus dem von ihr erwähnten RAD-Bericht vom 19. Oktober 2012 nichts Abweichendes ableiten. Dr. K._____ stimmte der Versicherten nur insoweit zu, als dass er ein gelegentliches Lächeln und ein befriedigendes Sexualleben grundsätzlich nicht als genügendes Kriterium betrachtet, um eine depressive Er-

krankung auszuschliessen. Dass diese Sachlage hier nicht zutrifft, lässt sich an der von ihm gewählten Zeitform seiner Aussage, nämlich diejenige des Konjunktivs, und den anschliessenden Ausführungen erkennen. Er wies ausdrücklich darauf hin, dass Dr. D._____ ausführlich beschreibe, weshalb er keine schwerere Form als eine leichte bis geringgradige depressive Erkrankung diagnostizieren könne.

4.7 Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, so kann auf die beantragte Anordnung von weiteren medizinischen Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweismündigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

4.8 Es ist festzuhalten, dass bei der Versicherten gestützt auf die Gutachten von Dr. C._____ vom 18. August 2011 und von Dr. D._____ vom 28. Oktober 2011 keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht. Die von der IV-Stelle verfügte Ablehnung des Rentenanspruchs ist demnach nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

5. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu überbinden sind. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Gegen diesen Entscheid wurde von der Beschwerdeführerin am 19. August 2013 Beschwerde beim Bundesgericht (Verfahren-Nr. [9C 566/2013](#)) erhoben.

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