



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. Juni 2012 (720 11 350/169)

Invalidenversicherung

Beweiswürdigung von medizinischen Gutachten

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli
Parteien	A. ____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 28, 4143 Dornach 1 gegen IV-Stelle Basel-Landschaft , Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Die 1971 geborene A.____ arbeitete seit Januar 2004 als Mitarbeiterin Textilreinigung bei der B.____ AG in einem 100 % Pensum. Per 29. Februar 2008 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis. Am 5. Mai 2008 meldete sich die Versicherte zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an, wobei sie eine Umschulung und eine Invalidenrente beantragte. Im Rahmen von beruflichen Massnahmen wurde im Februar 2009 eine

Abklärung im Spital C.____ eingeleitet, welche aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden von A.____ nach wenigen Tagen abgebrochen werden musste (Mitteilung vom 13. Mai 2009, IV-Akte 34). Im Rahmen der nachfolgenden Rentenprüfung wies die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 31. August 2011 das Leistungsbegehren aufgrund eines IV-Grades von 6 % ab Dezember 2008 und von 16 % ab Oktober 2009 ab.

B. Mit Eingabe vom 5. Oktober 2011 erhob A.____, vertreten durch Eduard Schoch, Rechtsanwalt, substitutionsweise vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Beschwerde gegen diese Verfügung. Darin liess sie die Aufhebung der Verfügung vom 31. August 2011 sowie die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, neue medizinische Abklärungen vorzunehmen, beantragen; unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin, wobei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege mit ihrem Rechtsvertreter zu gewähren sei. Zur Begründung wurde im Wesentlichen geltend gemacht, dass sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht auf medizinische Gutachten stütze, deren Verwertbarkeit bestritten werde. Aus diesem Grund sei bezüglich der psychischen und physischen Beschwerden ein neues interdisziplinäres Gutachten anzuordnen.

C. Mit Verfügung des Instruktionsrichters vom 19. Januar 2012 wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung abgewiesen. In Anrechnung eines Selbstbehalts von Fr. 1'000.-- wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwalt Daniel Altermatt bewilligt.

D. Mit Vernehmlassung vom 7. Mai 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 5. Oktober 2011 ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (BGE 129 V 53 E. 1.1). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

2.3 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach 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).

2.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig 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). 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).

3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abge-

stuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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 128 V 30 E. 1).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.2 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). 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).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung (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 streiti-

gen 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). 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).

5.1 Folgende medizinische Unterlagen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liegen vor:

5.2 Im Arztbericht für Erwachsene vom 1. Dezember 2008 diagnostiziert Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation und FMH Innere Medizin, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Spondylarthritis und eine Diskushernie C4/5 mit radikulärem Reizsyndrom C5 rechts. Als Mitarbeiterin in einer Wäscherei sei die Patientin seit August 2007 zu 100 % arbeitsunfähig.

5.3 Dr. med. E.____, Spital F.____, Psychosomatik, hält in seinem Bericht vom 1. Dezember 2008 fest, dass die Patientin einen Termin bei ihm gehabt habe. Aus psychosomatischer Sicht hätten sich keine Diagnosen ergeben. Die Patientin sei aus psychosomatischer Sicht weitestgehend unauffällig gewesen. Es hätten Beschwerden bestanden, die höchstwahrscheinlich somatischen Ursprungs gewesen seien. Sie habe sich mit den Schmerzen insofern abgefunden, als sie versuche, bestmöglich mit diesen umzugehen. In seinem Bericht vom 9. Dezember 2008 zuhanden von Dr. D.____ diagnostiziert Dr. E.____ einen Morbus Bechterew, ein Zervikobrachialsyndrom sowie ein Karpaltunnelsyndrom beidseits (gemäss Aktenlage) sowie den Status nach depressiver Entwicklung im Sinne einer depressiven Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21), aktuell normale Krankheitsbewältigung. Die Patientin habe auf die Schmerzen und die Einschränkungen als berufstätige Mutter gemäss eigenen Angaben mit depressivem Erleben und Angst reagiert. In der Zwischenzeit sei das depressive Zustandsbild weitestgehend remittiert. Die sehr detailliert aufgeführten Lokalisationen sowie die detailliert beschriebene Qualität und Quantität der Schmerzen, das Fehlen eines emotionalen Konflikts oder psychosozialen Problems als Verursacher sowie das Fehlen eines eindeutigen Krankheitsgewinns verknüpft mit den objektivierbaren somatischen Befunden würden gegen eine somatoforme Schmerzstörung sprechen. Die Patientin zeige zur Zeit eine gute Krankheitsbewältigung, indem sie sich weiterhin zu körperlichen Tätigkeiten überwinde und soziale Kontakte, soweit es gehe, aufrecht erhalte. Im Falle einer erneuten depressiven Entwicklung mit Schlafstörungen könnte die Patientin von einer antidepressiven und schlafmodulierenden Therapie profitieren.

5.4 Im Auftrag der SWICA Gesundheitsorganisation, Krankentaggeldversicherer der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin, klärte Dr. med. G.____, FMH Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation, die Beschwerdeführerin ab. In seinem Gutachten vom 4. Dezember 2008 diagnostiziert er ein tendomyotisches reaktives Zervikovertebralsyndrom mit/bei degenerativen Veränderungen im Sinne von Osteochondrosen und Unkarthrosen von C5 bis C7 sowie Diskusprotrusion C4/C5, ohne zervikale Myelopathie. Weiter stellt er fest, dass die Diskushernie C4/C5 am 7. März 2008 nicht mehr nachgewiesen worden sei und keine sensomotorischen Defizite bestünden. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert Dr. G.____ unter anderem ein unspezifisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei Chondrose L1/L2 und L4/L5, ohne Sakroiliitis und sensomotorischen Defiziten, unauffällige Neurologie. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit ab Ende August 2007, welche aufgrund von Kreuzschmerzen erfolgt sei, könne gestützt auf die anlässlich der Untersuchung erhobenen Befunde und dem Verlauf der radiologischen Untersuchung nicht begründet werden. Es hätten sich keine Anhaltspunkte für entzündliche Veränderungen oder Hinweise für einen aktiven Prozess gefunden und gemäss MRI seien keine Myelopathien nachgewiesen worden. Die festgestellten Befunde im Bereich der Halswirbelsäule würden repetitive Arbeiten über Kopfhöhe und Arbeiten, welche mit häufigen Kopfdrehungen einhergehen würden, einschränken. Dies könne zu einer Leistungsminderung führen. Andererseits besitze die Versicherte ein sehr gutes Arbeitspotential und sei in der Lage, ihre angestammte Tätigkeit mit einem Einsatz von mindestens 90 % wieder aufzunehmen. Eine Leistungsminderung von 10 % sei für vermehrte Pausen berechnet worden. Diese Einschätzung gelte ab sofort. Für eine angepasste Tätigkeit und unter Berücksichtigung des Leistungsprofils sei die Versicherte aktuell voll arbeitsfähig.

5.5 PD Dr. med. H.____, Röntgeninstitut Z.____, führte am 20. April 2009 eine Magnetresonanztomographie (MRT oder MRI) der Iliosakralgelenke (ISG) durch. In seiner Beurteilung vom 20. April 2009 hält er fest, dass – verglichen mit der Voruntersuchung vom September 2007 – unverändert vermehrte subchondrale Knochensklerose auf Seiten der Darmbeine ohne Nachweis erosiver Gelenkflächenveränderungen zu sehen sei, wobei aktuell im Rahmen dieser mutmasslichen degenerativen Veränderungen eine kleine subchondrale Knochenmarködempzone in den caudalen Partien des Os sacrum auf der linken Seite aufgetreten sei. Die diskreten Befunde seien bei jetzt nachweisbaren Ödemzonen subchondral an beiden ISG vereinbar mit dem Vorliegen einer bilateralen Sacroiliitis.

5.6 In ihrem Schreiben vom 1. Mai 2009 berichtet Dr. D.____, dass nach Wiederaufnahme der Therapie mittels Humira, begleitet durch Methotrexat 20 mg täglich und NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika), eine leichte Besserung der Beschwerden habe beobachtet werden können. Unter der Therapie mittels Humira sei es zu einem massiven Haarverlust gekommen, was zusätzlich zu einem unzureichenden Ansprechen und zu einer leichten reaktiven Depression geführt habe. Der TNF-Alpha-Blocker (Humira) sei aufgrund der massiven Nebenwirkungen gestoppt worden. Danach sei es zu einer Zunahme der Morgensteifigkeit und Steifigkeit nach Ruhephasen gekommen und die Iliosakral-Schmerzen seien erneut aufgetreten. Ein am 20. April 2009 durchgeführtes MRT der ISG habe eine bilaterale Sacroiliitis gezeigt, welche nochmals die Diagnose und die Kohärenz der Beschwerden der Patientin bestätige. Am 28. April

2009 sei neu eine Therapie mittels Enbrel gestartet worden. Der Versuch, die Beschwerden mittels eines neuen TNF-Alpha-Blockers zu beeinflussen, werde in ca. zwei Monaten bezüglich seiner Effektivität zu beurteilen sein. Insgesamt könne die Diagnose der Spondyloarthritis bestätigt werden. Die Aktivität der Erkrankung habe ebenfalls im MRT dokumentiert werden können. Es sei deshalb unverständlich, weshalb die Taggeldversicherung die Unterstützung gestoppt habe. Die Patientin sei mit Sicherheit seit Beginn der Behandlung – mit leider bisher nicht ausreichendem Ansprechen auf die zur Verfügung stehenden Therapien – zu 100 % arbeitsunfähig in ihrer früheren Tätigkeit, welche als mittelschwer eingestuft werden könne. Auch der Versuch der Ausübung einer leichteren Tätigkeit in einem 50 % Pensum, welche durch die IV organisiert worden sei, sei bisher erfolglos geblieben.

5.7 Mit Bericht vom 28. Mai 2009 nimmt Dr. G._____ Stellung zum Bericht von Dr. D._____ vom 1. Mai 2009.

5.8 Dr. D._____ diagnostiziert im Bericht vom 27. Januar 2010 einen Morbus Bechterew mit ungenügendem Ansprechen auf NSAR (Celebrex/Irfen), Nachtschmerzen und Morgensteifigkeit. Die Patientin sei zur Zeit 100 % arbeitsunfähig für schwere, mittelschwere und leichte Tätigkeiten.

5.9 In der Folge gab die Beschwerdegegnerin bei Dr. G._____ und Dr. med. I._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein bidisziplinäres rheumatologisches/psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Dr. G._____ hält in seinem Gutachten vom 9. März 2010 als Diagnosen den Verdacht auf seronegative Spondylarthropathie mit/bei MRI vom 24. Februar 2010, chronisch wenig aktiver Sakroileitis, diskreten entzündlichen Veränderungen der Seitengelenke, der inter- und supraspinalen Ligamente, bei TNF-Alpha-Blocker und Methotrexat Therapie; Multisegmentale leichte Osteochondrosen von L2-S1 ohne Höhenminderungen; Tendomyotisches Zervikalsyndrom bei kleiner Bandscheibenhernie C4/C5 rechtsbetont (MRI 28.1.2010) mit/bei kongenital engem Spinalkanal, keiner Kompromittierung des Myelons, geringer dorsaler Bandscheibenprotrusion C5/C6 und C6/C7, ohne neurologische Ausfälle und Sensibilitätsstörungen fest. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sei von einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von 80 % ab Oktober 2009 auszugehen. Die frühere Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 90 % bleibe somit bis Ende September 2009 gültig. In einer adaptierten Tätigkeit unter Vermeiden von repetitiven Arbeiten in gebückter Haltung, Zwangshaltung der Wirbelsäule, sowie unter Vermeiden von Arbeiten, welche die Rotation der Hals- und Lendenwirbelsäule erfordern, sei die Explorandin ebenfalls zu 80 % arbeitsfähig.

Dr. I._____ diagnostiziert anlässlich seines psychiatrischen Gutachtens vom 10. Mai 2010 eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), die ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bleibe. In der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiterin/Hausfrau bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Auch in jeder anderen Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Anlässlich der telefonischen Konsensbesprechung sei er mit Dr. G._____ überein gekommen, dass es der Explorandin aus somatischer und psychischer Sicht zumutbar sei, zu 80 % einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

5.10 Mit Schreiben vom 3. November 2010 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin äussert sich Dr. D.____ zur Beurteilung von Dr. G.____. Zusammenfassend hält sie fest, dass Dr. G.____ das Krankheitsbild trotz klinischer Anzeichen vorerst nicht erkannt habe, dann in einem zweiten Schritt aber das Krankheitsbild für möglich vermutet habe. Wenn es so dann um die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit gehe, berücksichtige Dr. G.____ die Aussage der Patientin bezüglich ihrer Schmerzen und Einschränkungen nicht. Gehe es aber um die Kritik an der von ihr gewählten Therapie, so schätze er die Aussagen der Patientin als glaubwürdig ein. Konstruktive Therapieoptionen würde er jedoch nicht vorbringen.

5.11 Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, behandelnder Psychiater der Beschwerdeführerin, hält in seiner Stellungnahme vom 11. November 2010 fest, dass seine Patientin an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit ausgeprägten somatischen Symptomen (F33.1) bei Vorliegen erheblich beeinträchtigender, von den Somatikern kontrovers beurteilten somatischen Erkrankungen, leide. Bei der Untersuchung würden sich im Gegensatz zur Beurteilung von Dr. I.____ alle Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode – wie eine erheblich depressive Stimmungslage, Interesseverlust, Verminderung des Antriebs und der Energie, Freudlosigkeit, Libido-Verlust, stark eingeschränkte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit und erhöhte Ermüdbarkeit, die zu erheblicher Aktivitätseinschränkungen führen würden – nachweisen lassen. Aus diesem Grund müsse der Haushalt von der Mutter der Patientin geführt werden, was zu einer zusätzlichen, ausgeprägten Verminderung ihres Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens, zu erheblichen Schuldgefühlen und Gefühlen der Wertlosigkeit geführt habe und sich ausschliesslich in negativen Gedanken hinsichtlich der Zukunftsperspektiven äussere. Die Patientin habe sich von jeglichen sozialen Kontakten zurückgezogen und halte sich vorwiegend noch zu Hause auf. Sie habe ihm erklärt, dass sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch Dr. I.____ verschlechtert habe. Sie habe sich damals vorwiegend über ihre stets vorhandenen, sie stark demoralisierenden Schmerzen und ihre zahlreichen körperlichen Beschwerden beklagt. Sie habe noch nie jemandem ihr wahres Gesicht und ihre seit langem bestehende innere Nöte gezeigt. Sie sei stets darum bemüht, sich nichts anmerken zu lassen. Er könne zum gesundheitlichen Zustand, wie er vor August 2010 bestanden habe, keine Stellung nehmen, weil er die Patientin erst seit diesem Datum behandle. Zum jetzigen Zeitpunkt bestünde eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Um dem effektiven psychischen Zustand der Patientin gerecht zu werden, empfehle er die Durchführung einer neuen psychiatrischen Untersuchung.

5.12 Dr. G.____ äussert sich in seinem Schreiben vom 10. Januar 2011 insbesondere zu den Therapiemassnahmen von Dr. D.____ (Bericht vom 3. November 2010) sowie zu aus seiner Sicht immer noch bestehenden Unklarheiten bezüglich der Diagnosestellung. An seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hält er fest.

5.13 Nachdem sich Dr. I.____ in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2010 aufgrund des Berichtes von Dr. J.____ auf den Standpunkt gestellt hatte, dass eine neue psychiatrische Untersuchung durchgeführt werden sollte, erteilte ihm die Beschwerdeführerin den Auftrag zur Durchführung eines Verlaufsgutachtens. In seinem Gutachten vom 27. April 2011 diagnostiziert

er mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). In seiner Beurteilung geht er davon aus, dass sich das psychiatrische Zustandsbild seit der letzten Exploration vom 7. Mai 2010 verschlechtert habe. Die Explorandin leide unter leichten Schlafstörungen. Diese seien aber auch dadurch bedingt, dass sie den Tag sehr passive verbringe. Sie sei freudlos, die Libido sei vermindert bis aufgehoben, und sie habe nur noch wenig Hoffnung auf Besserung ihrer Beschwerden. Die Beziehung zu den Familienangehörigen sei schwierig geworden, insbesondere zum Ehemann und dem Sohn. Die von der Explorandin geklagten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen hätten nicht objektiviert werden können. Sie beklage einen Lebensverleider, habe sich aber klar von Suizidgedanken und Suizidfantasien distanziert. Eine Suizidalität habe nicht bestanden. Es bestehe auch kein ausgeprägter sozialer Rückzug. Die Explorandin habe nach wie vor einen guten Kontakt zur Mutter, beschäftige sich mit den Kindern, wenn auch weniger ausgeprägt als früher. Mit ihrem Ehemann unternehme sie Spaziergänge, gehe einen Kaffee trinken und sie würden gemeinsam die Einkäufe erledigen. Sie pflege auch einen regelmässigen Kontakt mit ihren Schwägerinnen. Die Explorandin stehe unter einem Druck ihrer Familie. In ihren Schmerzen habe sie vor sich und ihrer Umgebung die Rechtfertigung dafür, keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen zu müssen. Es bestehe auch ein ausgeprägtes regressives Zustandsbild. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der leichten depressiven Episode und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eingeschränkt. Eine mittelgradige oder schwere depressive Störung könne nicht diagnostiziert werden. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug liege nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit August 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Es könne der Explorandin zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um zu 80 % einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vollumfänglich auf das rheumatologische Gutachten von Dr. G.____ vom 9. März 2010 und die psychiatrischen Expertisen von Dr. I.____ vom 10. Mai 2010 und vom 27. April 2011. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Beschwerdeführerin ab Dezember 2008 eine adaptierte Tätigkeit im Umfang von 90 % und infolge der Verschlechterung des Gesundheitszustands ab Oktober 2009 eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar sei. Wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 4.4 hiervor), 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.

6.2.1 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann die Beweiskraft der Beurteilungen von Dr. I.____ zwar nicht dadurch in Frage gestellt werden, dass er anlässlich seiner zweiten Exploration eine andere Diagnose gestellt hat. Dr. I.____ legt in nachvollziehbarer Weise dar, weshalb er davon ausgeht, dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten psychiatrischen Begutachtung verschlechtert hat (Gutachten vom 27. April 2011, IV-Akte 67/7). Dr. I.____

hat somit seine Diagnose nicht an diejenige von Dr. J.____ angepasst, sondern den veränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin neu bewertet. Auch der Umstand, dass Dr. I.____ die Beschwerdeführerin jeweils während rund einer Stunde untersucht hat, führt nicht zu Zweifeln an der Beweiskraft der Expertise. Praxisgemäss kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. Januar 2012, 8C_639/2011, E. 4.3.1).

6.2.2 Gegen den vollen Beweiswert der Beurteilung von Dr. I.____ spricht jedoch, dass der behandelnde Psychiater und der Gutachter ab August 2010 zwei unterschiedliche Diagnosen stellen, ohne dass der Gutachter diese Divergenzen überzeugend erklären kann. Während Dr. J.____ davon ausgeht, dass eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit ausgeprägten somatischen Symptomen bei Vorliegen erheblich beeinträchtigender, von den Somatikern kontrovers beurteilten somatischen Erkrankungen vorliegt, diagnostiziert Dr. I.____ eine leichte depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Dabei hält Dr. I.____ zwar fest, dass keine schwere Episode vorliegt und die von Dr. J.____ beschriebenen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen nicht hätten beobachtet werden können. Er setzt sich aber mit der Diagnose des behandelnden Psychiaters insofern nicht auseinander, als er nicht nachvollziehbar darlegt, weshalb seiner Auffassung nach keine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werden kann. In diesem Zusammenhang ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass auf die von Dr. J.____ abgegebene Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auch nicht abgestellt werden kann, weil er nicht nachvollziehbar und schlüssig begründet, weshalb er bei dem Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführer als vollständig aufgehoben beurteilt.

6.3.1 Zu klären bleibt, ob auf das Gutachten von Dr. G.____ vom 9. März 2010 abgestellt werden kann. Die Auffassungen der Fachärzte Dr. D.____ und Dr. G.____ divergieren bezüglich der rheumatologischen Diagnose. Während Dr. G.____ lediglich den Verdacht auf eine seronegative Spondylarthropathie bei chronisch wenig aktiver Sacroiliitis (MRI vom 24. Februar 2010) und diskreten entzündlichen Veränderungen der Seitengelenke, der inter- und supraspinalen Ligamente diagnostiziert, geht Dr. D.____ in ihrem Bericht vom 27. Januar 2010 von einer gesicherten Spondyloarthritis bzw. einem Morbus Bechterew aus. Daneben bestehen stark voneinander abweichende Angaben zur zumutbaren Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Gemäss Dr. G.____ ist es der Beschwerdeführerin zumutbar, zu 80 % in einer adaptierten Tätigkeit unter Vermeiden von repetitiven Arbeiten in gebückter Haltung, Zwangshaltung der Wirbelsäule, Arbeiten, die die Rotation der Hals- und Lendenwirbelsäule erfordern, tätig zu sein. Dr. D.____ stuft ihre Patientin als voll arbeitsunfähig ein. Anlässlich seiner Stellungnahme zur abweichenden Einschätzung von Dr. D.____ verweist Dr. G.____ in seinem Gutachten auf die internationale Statistik in Bezug auf Bechterew-Patienten (IV-Akte 45 S. 25f.). Diese sage klar aus, dass solche Patienten nicht gleich als arbeitsunfähig einzustufen seien. Die Schmerzkomponente und auch das subjektive Schmerzempfinden sowie die entzündlichen Komponente seien behandelbar. Bei manifestem und gesichertem entzündlichen Prozess an den Iliosakralgelenken oder auch der Wirbelsäule, welcher zu Schmerzepisoden führen würde, sei ein kurzer

Arbeitsausfall verständlich. In seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2011 führt er aus, dass jeder Rheumatologe wisse, dass eine gesicherte Sakroiliitis oder auch ein klar diagnostizierter Morbus Bechterew per se keine Begründung für eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit sei. Bei einem Morbus Bechterew oder auch bei einer Spondylarthritis seien die Patienten leistungsfähig, sofern sie an einem adäquaten Arbeitsplatz eingesetzt würden. Im vorliegenden Fall seien jedoch weder eine sicherer Diagnose noch eine ausgewiesene Leistungsminderung anzuerkennen (IV-Akte 64 S. 3/4). Diese Ausführungen von Dr. G.____ vermögen aus beweisrechtlicher Sicht nicht zu überzeugen. Er verweist zwar auf internationale Statistiken und rheumatologisches Fachwissen, belegt diese Angaben aber nicht mit medizinischer Fachliteratur, weshalb seine Beurteilung letztlich nicht nachvollzogen werden kann. Ausserdem äussert sich Dr. G.____ nicht dazu, inwiefern sich die Therapiemassnahmen (unter anderem mit verschiedenen TNF Alpha Blocker) und die massiven Nebenwirkungen der Behandlungsmassnahmen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewirkt haben. Aus diesen Gründen kommt der Beurteilung von Dr. G.____ kein voller Beweiswert zu, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Hinzu kommt, dass zwischen Dr. I.____ und Dr. G.____ keine abschliessende interdisziplinäre Konsensbesprechung mehr statt fand, nachdem Dr. I.____ im psychiatrischen Teil der Abklärung eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit festgestellt hatte. Zu den konkreten Wechselwirkungen zwischen der psychiatrischen und der rheumatologischen Erkrankung hat keiner der beiden Fachärzte mehr Stellung genommen, was die Verwertbarkeit ihrer Gutachten ebenfalls einschränkt.

6.3.2 Mit Blick auf den somatischen Gesundheitszustand ist ausserdem festzuhalten, dass zwischen der behandelnden Rheumatologin Dr. D.____ und dem Gutachter Dr. G.____ ein fachlicher Konflikt entstanden ist. Dabei herrscht – wie bereits dargelegt – Uneinigkeit sowohl bezüglich der Diagnosestellung als auch der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Dies allein vermag zwar noch nicht Zweifel an der Objektivität der Beurteilungen zu erwecken, denn es zeigt sich immer wieder, dass der begutachtende Facharzt und der behandelnde Spezialist unterschiedliche Auffassungen vertreten, was insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass die Fachärzte unterschiedliche Blickwinkel – versicherungsrechtliche Beurteilung auf der einen, Behandlung und Therapie auf der anderen Seite – haben. Der vorliegende Fall unterscheidet sich aber insofern von ähnlichen Fällen, dass die Wortwahl und die Intensität der in den Stellungnahmen geführten Debatten über das übliche Mass hinaus gehen und sich die Experten sogar gegenseitig persönlich angreifen. Der Ton und die Art und Weise der Auseinandersetzung hat sich zunehmend verschärft. Dr. G.____ selbst verwendet in seiner letzten Stellungnahme vom 10. Januar 2011 die Worte "Schlammschlacht" ("[...] Ohne auf diese Schlammschlacht eintreten zu wollen, erachte ich derartige Bemerkungen als akademisch unwürdig und geschmacklos. [...]", IV-Akte 64/2). Diese Entwicklung ist wohl insbesondere darauf zurückzuführen, dass Dr. G.____ seit seiner ersten Stellungnahme vom 4. Dezember 2008 wiederholt erhebliche Kritik an der von Dr. D.____ gewählten Therapiemassnahmen geäussert hat. Es ist daher fraglich, ob die beiden Fachärzte unter dieser Voraussetzung überhaupt noch die Bereitschaft aufbringen können, von ihrem einmal eingenommenen Standpunkt abzuweichen. Spätestens nach der Stellungnahme von Dr. G.____ vom 10. Januar 2011 wäre es daher angezeigt gewesen, eine neue rheumatologische Begutachtung in Auftrag zu geben. Das Festhalten an einem Gutachten oder die Einholung ergänzender Stellungnahmen beim Gutachter, der sich mit

der behandelnden Fachärztin überworfen hat, kann unter solchen Umständen eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes im Sinne von Art. 69 Abs. 2 IVV in Verbindung mit Art. 43 Abs. 1 ATSG darstellen.

7.1 Die Würdigung der medizinischen Aktenlage zeigt, dass unter Berücksichtigung der genannten Grundsätze zum Beweiswert von Gutachten und zur Beweiswürdigung (vgl. Erwägung 4.3 hiervor) konkrete Indizien vorliegen, die gegen die Zuverlässigkeit der medizinischen Unterlagen sprechen. Bei der Beurteilung des vorliegend massgebenden medizinischen Sachverhalts kann weder auf die Begutachtungen von Dr. G.____ und Dr. I.____ noch auf die Berichte der behandelnden Ärzte Dr. J.____ und Dr. D.____ abgestellt werden.

7.2 Da die vorhandenen medizinischen Unterlagen keine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zulassen, ist die angefochtene Verfügung vom 31. August 2011 aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird den Gesundheitszustand und die Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch ein neues bidisziplinäres Gutachten abklären zu lassen haben. Im Rahmen dieser Abklärung ist die Entwicklung des psychischen und physischen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem Zeitpunkt ihrer Anmeldung sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht nochmals zu untersuchen und aufgrund einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte zu beurteilen. Dabei haben die Spezialisten den Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Beschwerden im Rahmen einer gemeinsam erarbeiteten Arbeitsfähigkeitseinschätzung Rechnung zu tragen. Weiter haben die Gutachter darzulegen, inwiefern sich die bei der Beschwerdeführerin seit August 2007 durchgeführten Therapiemassnahmen und die starken Nebenwirkungen der dabei eingesetzten Medikamente auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewirkt haben. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin anschliessend über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8.1 Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

8.2 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 kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die Beschwerdegegnerin als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vor-

behältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die Beschwerdegegnerin als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird ihr zurückerstattet.

8.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 12. Juni 2012 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9.50 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- Franken zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 68.35. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'638.75 (9.50 Std. à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 68.35) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 31. August 2011 aufgehoben, und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'638.75 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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