



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. September 2016 (720 16 167 / 235)

Invalidenversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhalts: Auf das überzeugende Verwaltungsgutachten kann abgestellt werden.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Stephan Bläsi, Advokat, Birsigstrasse 34, 4054 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Die 1958 geborene A.____ war zuletzt vom 20. April 2000 bis 30. September 2002 bei der B____ AG (seit August 2004: C____ AG) als Raumpflegerin angestellt. Am 3. Dezember 2002 meldete sie sich erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse abgeklärt hatte, verneinte sie mit Verfügung vom 19. April 2005 einen Anspruch von A.____ auf eine Rente. Daran hielt sie auch auf Einsprache hin mit Ent-

scheid vom 15. Februar 2006 fest. Die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 14. Juni 2006 ab. Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft. Nachdem sich die Versicherte am 11. Dezember 2007 unter Hinweis auf generalisierte Schmerzen nochmals bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet und diese die Verhältnisse abgeklärt hatte, wurde das Leistungsbegehren nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 15. Oktober 2009 aufgrund eines rentenausschliessenden IV-Grads von 30% wiederum abgewiesen. Die gegen diesen Entscheid erhobenen Beschwerden wiesen das Kantonsgericht mit Urteil vom 18. Juni 2010 und das Bundesgericht mit Urteil vom 26. Oktober 2010 ab.

A.2 Am 29. September 2012 meldete sich A._____ unter Hinweis auf Schmerzen im rechten Bein und im Bauch sowie auf psychische Beschwerden zum dritten Mal bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle die Verhältnisse ein weiteres Mal abgeklärt hatte, ermittelte sie bei der Versicherten wiederum einen IV-Grad von 30%. Gestützt auf dieses Ergebnis und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens wies sie mit Verfügung vom 17. Mai 2016 einen Anspruch von A._____ auf eine Rente abermals ab.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Stephan Bläsi, am 23. Mai 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht. Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 17. Mai 2015 aufzuheben und die Sache sei zur Neubeurteilung der Zumutbarkeit an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass sich die Beschwerdegegnerin mit den massgeblichen Tatsachen resp. Beweisen nicht auseinandergesetzt und damit das rechtliche Gehör verletzt habe. Ausserdem beruhe die Verfügung auf unzureichenden medizinischen Unterlagen. Aufgrund der zuverlässigen Angaben der behandelnden Ärztin Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sei davon auszugehen, dass eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestehe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 28. Juli 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 23. Mai 2016 ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2016 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 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). Diese Definitionen entsprechen den vor Inkrafttreten des ATSG per 1. Januar 2003 von der Rechtsprechung entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung (BGE 130 V 343 ff.).

3.2 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.

3.3 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.

3.4 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; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

3.5 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert und ist die Verwaltung 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 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist. Nach der Rechtsprechung sind die bei einem Revisionsfall geltenden Regeln bei einer Neuanschuldung dabei analog anzuwenden (vgl. die in BGE 130 V 343 nicht publizierte E. 4 des Urteils des EVG vom 30. April 2004, I 626/03, mit Hinweisen). Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17

ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 122 V 108, 130 V 71 E. 3.2.3).

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

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das 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).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren 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 Befun-

de 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). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007 I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5. Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

5.1 In der Verfügung vom 15. Oktober 2009, mit welcher das Rentenbegehren der Versicherten aufgrund eines IV-Grads von 30% abgewiesen wurde, stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf das von ihr veranlasste bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. F.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 16. Mai 2008 und 12. Februar 2009. In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dr. E.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) und eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/1). Im Vergleich zu den Befunden im Gutachten des Begutachtungsinstituts G.____ vom 11. Mai 2004 sei es bezüglich der depressiven Symptomatik zu einer Verschlechterung gekommen. Das demonstrative Verhalten habe sich intensiviert, so dass von einem ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn auszugehen sei. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sowohl in ihrer angestammten als auch in einer alternativen Tätigkeit zu 30% eingeschränkt. Eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Es sei der Explorandin aktuell zumutbar, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um einer mindestens 70%-igen Tätigkeit nachzugehen. In somatischer Hinsicht konnte Dr. F.____ keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erheben. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen namentlich ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache (ICD-10 M79) mit Betonung der gesamten rechten Körperhälfte bei rheumatologisch normalem Status und seit Jahren bestehende diffuse Abdominalbeschwerden ohne Hinweise auf eine organische Ursache vor.

Es seien multipelste Abklärungen durchgeführt worden, ohne dass organische Ursachen für die geklagten Beschwerden gefunden worden seien. Diese müssten deshalb auf psychogenem Hintergrund gesehen werden. Die aktuellen Röntgenbilder der Hals- und der Lendenwirbelsäule (HWS, LWS), der Hüftgelenke sowie der Handplatte würden altersentsprechende Verhältnisse aufzeigen. Aus rheumatologischer Sicht sei der Explorandin die bisherige Tätigkeit ganztags zumutbar. Im Rahmen ihrer am 10. Februar 2009 erfolgten interdisziplinären Konsensbeurteilung gelangen die beiden Gutachter zum Ergebnis, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aufgrund ihrer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen eingeschränkt sei. Gesamthaft gesehen sei die Explorandin aus internistischer/rheumatologischer und psychiatrischer Sicht ab 16. Mai 2008 in der bisherigen wie auch in einer alternativen Tätigkeit zu 30% arbeitsunfähig, wobei keine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe.

5.2 Nachdem sich die Versicherte am 29. September 2012 erneut zum Leistungsbezug angemeldet hatte, beauftragte die IV-Stelle Dr. med. H.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, und Dr. E.____ mit einem bidisziplinären Gutachten, welches am 22./30. Dezember 2014 erstattet wurde. Demnach wurde in rheumatologischer Hinsicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Ohne Auswirkung bestünden eine klinisch mässiggradige muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, anamnestisch unspezifische Kreuzschmerzen, ein beginnender Hallux valgus beidseits, ein Status nach Tendovaginitis stenosans vorwiegend am rechten Daumen, deutliche Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit positiven Waddell-nonorganic-signs, positiven Fibromyalgie-Druck- und Kontrollpunkten sowie variablen Bewegungsausmassen und pseudoneurologischen Ausfällen nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend und ein Status nach Abdominal-Operationen. Im Vordergrund stünde ein Abdominalschmerz, der nach einer Bauchoperation im Jahr 2002 aufgetreten sei. Nach Angaben der Versicherten sei es aufgrund der chronischen Schmerzen im Abdominalbereich auch zu Verspannungen am Rücken und am Schultergürtel gekommen. Die klinische Untersuchung zeige einen mässig erhöhten Muskeltonus am Schultergürtel beidseits. Ansonsten könnten lokal keine pathologischen Befunde erhoben werden. Die LWS sei praktisch nicht untersuchbar; die Versicherte gebe sofort auftretende Bauchschmerzen an, wenn die Wirbelsäule passiv bewegt werde. Die gleiche Schmerzprovokation trete allerdings auch auf, wenn periphere Gelenke untersucht würden. Er handle sich um eine unspezifische Reaktion, die nicht durch die eigentlichen Bewegungen an der LWS provoziert werde. Bezogen auf den Bewegungsapparat könnten weder qualitative noch quantitative Beeinträchtigungen begründet werden. Die aktuellen klinischen Untersuchungsbefunde seien gut vergleichbar mit den Angaben im Gutachten von Dr. F.____ vom 12. Februar 2009. Der Versicherten seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar. In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dr. E.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/1) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1). Aufgrund der in der aktuellen Untersuchung festzustellenden Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten in Bezug auf die von der Explorandin gemachten Angaben, aber auch einer festzustellenden bewusstseinsnahen Aggravations- und Dramatisierungstendenz liessen sich keine verlässlichen Aussagen über Ressourcen sowie Fähigkeiten bezüglich Partizipation und Aktivitäten machen. Im Vergleich zu den Befunden im Jahr 2008 sei es zu keiner wesentlichen Ver-

änderung gekommen. In Bezug auf die bisherige Behandlung könne die Versicherte zunächst keine präzisen Angaben machen. Erst auf Nachfrage hin berichte sie, nach der Behandlung durch die Klinik I.____ zwei bis drei Jahre bei Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung gewesen zu sein. Unter Berücksichtigung aller Faktoren sei die Versicherte nach wie vor sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in Verweistätigkeiten im Umfang von 30% eingeschränkt. Eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestünde nicht. Die differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehenden akzentuierten histrionischen und hypochondrischen Persönlichkeitszüge hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Da sich rein rheumatologisch keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren lasse, sei gesamtmedizinisch die psychiatrische Beurteilung massgebend.

5.3 Die behandelnde Ärztin Dr. D.____ hielt am 19. Oktober 2015 fest, dass die Versicherte seit dem 25. Januar 2013 bei ihr in Behandlung sei. Das Gutachten von Dr. E.____ sei teilweise nachvollziehbar. Diskrepanzen bestünden in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. So sei bei der einfach strukturierten Versicherten von einer höheren Arbeitsunfähigkeit auszugehen als im Gutachten beschrieben. Auf der psychisch-geistigen Ebene werde die Arbeitsfähigkeit der Versicherten durch die dargestellten affektiven, psychomotorischen, kognitiven, formal gedanklichen und vegetativen Symptome beeinträchtigt. Auf der psychiatrisch-körperlichen Ebene sei eine Störung der Vitalgefühle zu bejahen, welche die psychologische Leistungsfähigkeit der Versicherten einschränke. Der Verdacht auf Aggravation und Simulation sei nicht nachvollziehbar. Die Versicherte verfüge nur über wenige Ressourcen, um mit den Gesamtbeschwerden und den deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität umzugehen. Aus psychiatrischer Sicht sei zu empfehlen, die Leistungsfähigkeit der Versicherten praktisch abzuklären.

5.4 In seiner Stellungnahme zum Schreiben von Dr. D.____ vom 19. Oktober 2015 führte Dr. E.____ am 7. Januar 2016 aus, dass er zu den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte der Klinik I.____ in Bezug auf den Schweregrad der Depression bereits in seinem Gutachten vom 16. Mai 2008 Stellung genommen habe. Im Oktober 2008 hätten dann die behandelnden Ärzte der Klinik I.____ – ohne weitere Begründung – lediglich noch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. In diesem Zusammenhang sei darauf hinzuweisen, dass die Versicherte seit dem Jahr 2008 keine psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe mehr in Anspruch genommen habe. Diese Tatsache spreche gegen das Vorliegen einer ausschliesslich mittel- oder schwergradigen Depression. Weiter begründe Dr. D.____ nicht, weshalb der Verdacht auf eine Aggravation oder Simulation ihres Erachtens nicht nachvollziehbar sei. Ausserdem werde nicht klar, aus welchen Gründen eine höhere Arbeitsunfähigkeit bestehen soll. Insgesamt würde die Kritik der behandelnden Psychiaterin am Gutachten nicht überzeugen.

5.5 Am 29. April 2016 hielt Dr. D.____ fest, dass die Versicherte – entgegen den Ausführungen von Dr. E.____ im Bericht vom 7. Januar 2016 – vom 19. August 2009 bis 17. August 2010 bei Dr. J.____ und hernach bei Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung gewesen sei. Die Versicherte weise eine komplexe Symptomatik auf. Es bestünde eine mittel- bis schwergradige depressive Störung, ausgehend von einem somatischen Problemerkis im Bauch sowie im Kopf- und Rückenbereich. Es sei zu einer Symptomausweitung

und einer starken funktionellen Überlagerung gekommen. Die Versicherte weise eine stark depressive und ängstliche Symptomatik auf, die durch mehrere psychosoziale Faktoren bedingt sei. Die bisherigen therapeutischen Massnahmen seien trotz regelmässiger psychiatrischer Betreuung missglückt. Es sei von einer Therapieresistenz auszugehen. Die Prognose sei ungünstig. Die depressive Störung stünde im Vordergrund und unterhalte die somatoformen Komponenten. Eine erhebliche Komorbidität sei zu bejahen. Dem beigelegten (undatierten) Bericht von Dr. J.____ zufolge war die Versicherte vom 19. August 2009 bis 17. August 2010 bei ihm in ambulanter Behandlung. Aufgrund der Symptombeschreibung lasse sich diagnostisch eine chronifizierte, ängstlich agitierte, mittelschwer ausgeprägte depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) im Rahmen einer Erschöpfungsdepression und Selbstwertproblematik mit Antriebs- und Motivationsverlust und eine chronische Schmerzsymptomatik sowie ein inneres Leergefühl mit Ein- und Durchschlafstörungen feststellen. Zudem bestünde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Sie leide an Stimmungsschwankungen und zunehmend deutlich vermindertem Konzentrationsvermögen.

5.6 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. L.____, FMH Neurologie, vom 4. August 2015 ein. Dieser diagnostizierte ein chronisches, ubiquitäres generalisiertes Schmerzsyndrom, abdominal sowie im rechten Bein betont, bei Status nach mehreren abdominalen Eingriffen. Er hielt fest, dass eine zuverlässige und exakte Untersuchung der Versicherten nicht möglich gewesen sei. Es gebe jedoch gewisse Hinweise auf eine Schmerzverarbeitungsstörung bzw. Somatisierungstendenz.

7.1 Die IV-Stelle ging gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. H.____ und E.____ vom 22./30. Dezember 2014 davon aus, dass die Versicherte sowohl in der angestammten als auch in Verweistätigkeiten im Umfang von 70% arbeitsfähig sei. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahren 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 zu-zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten der Dres. H.____ und E.____ vom 22./30. Dezember 2014 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das bidisziplinäre Gutachten die recht-sprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage in jeder Hinsicht erfüllt. Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) – umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und nimmt insbesondere eine hinreichende Beurteilung der Arbeits-fähigkeit der Versicherten vor. Zwar konnte Dr. E.____ wegen der festgestellten bewusstseins-nahen Aggravations- und Dramatisierungstendenz keine verlässlichen Aussagen über die per-sönlichen Ressourcen der Versicherten machen. Aufgrund der unveränderten medizinischen Sachlage ist aber dessen Beurteilung, wonach weiterhin von einer Einschränkung der Arbeits-fähigkeit von 30% auszugehen sei, nachvollziehbar. Sodann weist das Gutachten keine Wider-

sprüche auf und es setzt sich auch hinlänglich mit den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 5.2) wiedergegebenen Darlegungen der Gutachter vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann.

7.2 Die von der Beschwerdeführerin geäusserte Kritik am Gutachten von Dr. E.____ ist nicht geeignet, dessen ausschlaggebenden Beweiswert in Frage zu stellen. Die Tatsache, dass Dr. E.____ in seiner Stellungnahme vom 7. Januar 2016 zum Schreiben von Dr. D.____ vom 19. Oktober 2015 fälschlicherweise ausführt, die Versicherte habe seit dem Jahr 2008 keine psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe mehr in Anspruch genommen, vermag die Beweiskraft des Gutachtens vom 30. Dezember 2014 nicht in Zweifel zu ziehen. Dies gilt umso mehr, als die Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration vom 11. Dezember 2014 auf Nachfrage des Gutachters hin über ihre Behandlung bei Dr. J.____ berichtete (vgl. Ziff. 3.2.9 des Gutachtens vom 30. Dezember 2014). Folglich ist das Versehen des Gutachters in der (nachträglichen) Stellungnahme vom 7. Januar 2016 nicht als erheblich einzustufen. Jedenfalls kann nicht gesagt werden, die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Zumutbarkeit im Gutachten vom 30. Dezember 2014 basiere auf einem zweifellos unrichtigen Sachverhalt. Wie sich aus den Akten ergibt (vgl. insbesondere auch IV-Akten Nr. 169 und 173), haben sich der Regional Ärztliche Dienst (RAD) und die IV-Stelle mit den massgeblichen Tatsachen resp. Beweisen auseinandergesetzt. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist demnach – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – nicht zu sehen. Da Dr. E.____ die Versicherte bereits im Jahr 2008 begutachtete, ist seiner Beurteilung sogar erhöhte Aussagekraft beizumessen. Demnach ist davon auszugehen, dass es im Vergleich zu den Befunden im Jahr 2008 zu keiner wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes kam. Wenn die Beschwerdeführerin aufgrund der abweichenden Beurteilung der behandelnden Ärztin Dr. D.____ vom 19. Oktober 2015 und 29. April 2016 eine erneute Abklärung der Zumutbarkeit als erforderlich erachtet, kann ihr nicht gefolgt werden. Abgesehen davon, dass rechtsprechungsgemäss der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen, benennt die behandelnde Psychiaterin in Bericht vom 6. September 2014 keine Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. 4.3 hiavor). Dasselbe gilt für den Bericht von Dr. L.____ vom 4. August 2015. Weil das Gutachten von Dr. E.____ eine zuverlässige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Versicherten zulässt (vgl. E. 7.1 hiavor), kann auf die beantragte zusätzliche medizinische Abklärung verzichtet werden. Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach Aggravation oder eine ähnliche Konstellation ein sozialversicherungsrechtlich massgebender Gesundheitsschaden ausschliesst (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2; 131 V 49 E. 1.2), erübrigt sich trotz bestehendem unklarem Beschwerdebild eine Prüfung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens anhand der nunmehr massgebenden Indikatoren gemäss BGE 141 V 281.

8. Aufgrund des Gesagten ist gemäss der massgebenden Beurteilung der Dres. H.____ und E.____ vom 22./30. Dezember 2014 davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand resp. die Arbeitsfähigkeit der Versicherten seit der letzten Begutachtung im Jahr 2008 nicht verändert hat und sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der

Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung der (unbestrittenen) Vergleichseinkommen vorzunehmen wäre, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem durch die IV-Stelle angestellten Einkommensvergleich. Es ist mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass die Versicherte ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die angefochtene Verfügung, mit welcher der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente verneint wurde, ist demnach nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

9. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 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 Satz 2 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb sie die Verfahrenskosten zu tragen hat. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die ausserordentlichen Kosten 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.

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