



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. Juni 2020 (720 19 398 / 128)

Invalidenversicherung

Neuanmeldung zum Leistungsbezug. Voller Beweiswert eines bidisziplinären externen Verwaltungsgutachtens. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur letzten umfassenden materiellen Rentenprüfung ist nicht ausgewiesen. Es besteht kein Rentenanspruch.

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Daniela
Buser

Parteien A._____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Daniel Riner, Advokat,
Steinentorstrasse 13, Postfach 204, 4010 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.a Die 1970 geborene A.____ meldete sich erstmals im Mai 2000 unter Hinweis auf Schmerzen und Muskelverhärtungen am ganzen Körper, ein Schwächegefühl, Müdigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und eine Depression zum Leistungsbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Nach Vornahme der medizinischen Abklärungen sprach die IV-

Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 5. Januar 2001 A.____ eine ganze Invalidenrente gestützt auf einen IV-Grad von 100 % zu, welche im Nachgang zu zwei Revisionsverfahren in den Jahren 2005 und 2009 jeweils bestätigt wurde.

A.b Im April 2012 wurde ein weiteres Revisionsverfahren eingeleitet. Im Rahmen der medizinischen Abklärungen wurde durch die IV-Stelle das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 8. Februar 2013 bzw. vom 25. März 2013 bei Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, eingeholt, gemäss welchem A.____ eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. Die IV-Stelle hob daraufhin mit Verfügung vom 16. April 2014 die Invalidenrente auf. Dagegen führte A.____ Beschwerde ans Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), welches mit Beschluss vom 11. September 2014 den Fall ausstellte und ein psychiatrisches Gerichtsgutachten bei Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gab. Dr. D.____ erhob in ihrem Gutachten vom 11. Dezember 2014 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom. Gestützt auf diese medizinische Beurteilung wies das Kantonsgericht mit Urteil vom 19. November 2015 die gegen die verfügte Rentenaufhebung erhobene Beschwerde ab (720 14 158). Dieses Urteil erwuchs in Rechtskraft.

A.c Eine Neuanmeldung zum Leistungsbezug erfolgte schliesslich im Mai 2016 unter Hinweis auf eine Depression. Zur Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes reichte A.____ ein Schreiben von Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. Mai 2016 ein, welchem diverse medizinische Berichte beigelegt wurden. Dr. E.____ machte geltend, dass sich der Gesundheitszustand von A.____ seit Herbst 2015 erheblich verschlechtert und sich dieser auch nach einem stationären Aufenthalt in der Klinik F.____ nicht wesentlich verändert habe. Mit Verfügung vom 28. April 2017 trat die IV-Stelle nicht auf das Leistungsbegehren ein, zumal eine gesundheitliche Verschlechterung nicht ausgewiesen sei.

A.d Gegen diesen Nichteintretensentscheid führte A.____ Beschwerde ans Kantonsgericht (720 17 171), welches die Beschwerde mit Urteil vom 19. Oktober 2017 guthiess. Die Beschwerdeführerin habe eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes in glaubhafter Weise dargelegt, was ein Eintreten auf das Leistungsbegehren erforderlich mache. Demzufolge wurde die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Vornahme einer materiellen Leistungsprüfung zurückgewiesen. Im Rahmen der medizinischen Abklärungen wurde daraufhin ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. G.____, FMH Rheumatologie, und Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. bzw. 27. November 2018 eingeholt. Dr. G.____ diagnostizierte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 10 % seit September 2017 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hausfrau aufgrund von periartropathischen Schulterbeschwerden beidseits. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit mit Arbeiten unterhalb der Schulterhorizontalen sei jedoch weder retrospektiv noch aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben. Dr. H.____ kam im psychiatrischen Gutachten zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden konnten. Gestützt auf diese Abklärung wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren nach durchgeführtem Vorbescheid-

verfahren mit Verfügung vom 11. November 2019 ab. Begründet wurde die Ablehnung des Rentenanspruchs mit der Nichteröffnung bzw. dem Nichterreichen der gesetzlichen Wartezeit von einem Jahr, während dem die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit mindestens 40 % hätte betragen müssen.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Dr. Daniel Riner, am 16. Dezember 2019 Beschwerde ans Kantonsgericht. Sie beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 11. November 2019 und unter Kosten- und Entschädigungsfolge seien ihr die gesetzlichen Leistungen aus der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass die Prüfung der Standardindikatoren im psychiatrischen Gutachten durch Dr. H.____ nur ungenügend erfolgt sei. Auch sei keine rechtsgenügende Auseinandersetzung mit anderslautenden Diagnosen und festgestellten Arbeitsunfähigkeitsgraden der behandelnden Ärzte erfolgt. Weiter widerspreche die zu erwartende Stabilisierung des Gesundheitszustandes durch eine regelmässige Einnahme der Psychopharmaka der durch Dr. H.____ erhobenen vollständigen Arbeitsfähigkeit. Dr. G.____ habe sich im rheumatologischen Gutachten nicht ausreichend mit der Diagnose einer Psoriasis Arthritis auseinandergesetzt. Der medizinische Zustand sei noch nicht vollständig erfasst und bedürfe weiterer Abklärungen, was indes auch durch Dr. G.____ bestätigt werde. Der Hinweis von Dr. G.____ auf eine bestehende Schmerzfehlerverarbeitung mache zudem deutlich, dass ein strukturiertes Beweisverfahren hätte durchgeführt werden müssen. Der Beschwerde wurde der Bericht von Dr. E.____ vom 13. Dezember 2019 beigelegt.

C. Mit Vernehmlassung vom 30. Januar 2020 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Sie begründete ihren Antrag im Wesentlichen damit, dass sich das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten als beweiskräftig erweise und ein Rentenanspruch demzufolge zu Recht abgelehnt worden sei.

D. Mit Eingabe vom 20. Februar 2020 machte die Beschwerdeführerin geltend, ihre Lebensumstände hätten sich dramatisch verschlechtert, wodurch nun auch die rezidivierende depressive Störung sehr ausgeprägt auftrete. Ihre ohnehin spärlichen Ressourcen seien vollends aufgebraucht. Diese als echte Noven zu berücksichtigenden Umstände würden die Notwendigkeit von weiteren medizinischen Abklärungen unterstreichen.

E. Die IV-Stelle verzichtete in der Folge auf die Einreichung einer weiteren Stellungnahme.

F. Das Kantonsgericht zog die Verfahrensakten 720 14 158 und 720 17 171 bei.

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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 16. Dezember 2019 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die IV-Stelle den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 11. November 2019 zu Recht abgelehnt hat.

3.1 Gemäss Art. 17 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. 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 Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3).

3.2 Bei der am 3. Mai 2016 eingegangenen Anmeldung zum Leistungsbezug (act. 123) handelt es sich zwar nicht um eine Rentenrevision nach Art. 17 ATSG, sondern um eine Neuanschuldung, nachdem die IV-Stelle den Rentenanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 16. April 2014 rechtskräftig aufgehoben hatte (act. 76). Gleichwohl zielt auch die Neuanschuldung auf eine erneute Prüfung des Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse ab (Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961 in Verbindung mit Art. 87 Abs. 3 IVV; zur Prüfung der Eintretensfrage vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a; BGE 109 V 114 E. 2b, BGE 109 V 264 f. E. 3; für die materiellen Voraussetzungen: BGE 130 V 64). Die Gemeinsamkeiten sowohl bei einer Rentenrevision als auch bei einer Neuanschuldung legen es deshalb nahe, die entscheidende Frage nach einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades nach denselben Grundsätzen zu prüfen (BGE 133 V 108 E. 5.2). Die versicherte Person muss sich somit das Ergebnis der letztmaligen materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs auch im Rahmen eines erneuten Leistungsgesuchs entgegenhalten lassen.

3.3 Eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts erfolgte letztmals im Rahmen der im Dezember 2012 eingeleiteten Revision der Invalidenrente, in deren Verlauf die IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. B.____ vom 8. Februar 2013 (act. 45) und ein rheumatologisches Gutachten bei Dr. C.____ vom 25. März 2013 (act. 46) eingeholt hatte. Gestützt auf deren Ergebnisse eröffnete die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 16. April 2014 (act. 76), dass die bisherige Rente aufgehoben werde, weil keine rentenbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Im anschliessenden Beschwerdeverfahren am Kantonsgericht wurde festgestellt, dass dem psychiatrischen Gutachten von Dr. B.____ keine ausschlaggebende Beweiskraft zukommt. Daraufhin wurde durch das Kantonsgericht eine erneute psychiatrische Begutachtung bei Dr.

D.____ angeordnet. Gestützt auf dieses psychiatrische Gutachten vom 11. Dezember 2014 erfolgte mit Urteil vom 19. November 2015 die Bestätigung der Rentenaufhebung aufgrund einer Abweisung der Beschwerde. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2019 eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die in Analogie zu Art. 17 ATSG eine Leistungszusprache rechtfertigen würde, bildet demnach die Situation, wie sie im Zeitpunkt des rheumatologischen Gutachtens von Dr. C.____ vom 25. März 2013 und des psychiatrischen Gutachtens von Dr. D.____ vom 11. Dezember 2014 bzw. im Zeitpunkt des Urteils des Kantonsgerichts vom 19. November 2015 bestanden hatte.

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 davon, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.2 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; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). 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).

5. Das Kantonsgericht besitzt in Sozialversicherungssachen die vollständige Überprüfungsbefugnis und ist in der Beweiswürdigung frei (§ 57 VPO in Verbindung mit Art. 61 Satz 1 ATSG; Art. 61 lit. c ATSG). Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (vgl. RENÉ RHINOW/HEINRICH KOLLER/CHRISTINA KISS/DANIELA THURNHERR/

DENISE BRÜHL-MOSER, Öffentliches Prozessrecht, 3. Auflage, Basel 2014, N 999). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. CRISTINA SCHIAVI, in: Basler Kommentar ATSG, Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger [Hrsg.], Basel 2020, Art. 43 N 11; BGE 144 V 427 E. 3.2). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die das Gericht von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b). Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind.

6.1 Im Zentrum der medizinischen Aktenlage steht das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. G.____ und H.____ vom 15. bzw. 27. November 2018. Im rheumatologischen Teilgutachten vom 15. November 2018 (act. 184) erhob Dr. G.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose von periartropathischen Schulterbeschwerden beidseits im Sinne einer Supraspinatustendinose mit Impingement. Die Röntgenbilder der Schultern vom 13. September 2017 hätten keinen relevanten pathologischen Befund gezeigt. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er deutliche Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung mit ubiquitärem Schmerzsyndrom, welches keinem rheumatologischen Krankheitsbild entspreche, Spreizfüsse sowie gemäss Aktenlage Polyarthralgien bei Psoriasis. Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung habe die Versicherte über Schmerzen im ganzen Körper geklagt, welche in den letzten Jahren insgesamt zugenommen hätten. Die Schulterschmerzen hätten links begonnen und beständen seit über einem Jahr nun auch auf der rechten Seite. Die Beine würden ebenfalls schmerzen. Dr. G.____ erhob zudem Berührungsschmerzen auf der Haut sowie eine ubiquitäre Druckdolenz am ganzen Körper, die nicht betont im Bereich der Muskulatur oder Gelenke auftreten würde. Auch habe die Versicherte eine Einschränkung der Beweglichkeit geschildert. Insbesondere bei der passiven Beweglichkeitsprüfung der Brust- und Lendenwirbelsäule seien starke Gegeninnervationen und eine Schmerzangabe festgestellt worden. Ein segmentaler Befund im Bereich der Wirbelsäule bestehe nicht. Ferner klage sie über eine juckende Kopfhaut, was ebenfalls schmerzhaft sei. Dr. med. I.____, FMH Rheumatologie, habe in diesem Zusammenhang die Diagnose einer Psoriasis der Kopfhaut und geringgradiger auch am Stamm erhoben. Erosionen oder Entzündungszeichen hätten im Blut jedoch nicht nachgewiesen werden können. Anlässlich der rheumatologischen Begutachtung hätten sich an der Haut keine typischen Zeichen einer Psoriasis gezeigt. Auch bestehe kein Zusammenhang der namentlich an den Gelenken bestehenden ubiquitären Schmerzen mit dieser dermatologischen Hauterkrankung. Zur Behandlung ihrer Schmerzen nehme die Versicherte Medikamente und besuche die Physiotherapie. Letztere habe jedoch zu keiner Besserung geführt. Aufgrund der schmerzhaften Einschränkung der Beweglichkeit der Schultergelenke würden seit September 2017 Funktionsstörungen für Tätigkeiten auf oder über der Schulterhorizontalen bestehen. Folglich sei eine körperlich schwere Arbeit nicht mehr zumutbar, wobei die Versicherte nie eine derartige Arbeitstätigkeit ausgeführt habe. In der seit Jahren ausgeübten Tätigkeit als Hausfrau bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 10 %. In einer Verweistätigkeit mit körperlich leichten bis mittelschweren Arbeiten unterhalb der Schulterhorizontalen sei die Arbeitsfähigkeit dagegen nicht eingeschränkt.

Dr. H.____ erhob im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. November 2018 (act. 183) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe die Versicherte geschildert, an Schmerzen im ganzen Körper zu leiden. Die Schmerzintensität habe sie konstant mit 8-10 von 10 in der Visuellen Analogskala (VAS) beziffert. Sie führe diese Schmerzen auf ihre psychischen Probleme zurück, respektive den Stress, der sich aufgrund der Lebensumstände ergebe. Während der 110 Minuten dauernden Untersuchung habe die Versicherte ruhig im Stuhl sitzen können und Mimik und Gestik hätten nur punktuell und lediglich am Ende der Exploration kurzdauernd Schmerzerleben angedeutet. Insgesamt hinterlasse die Versicherte nicht den Eindruck, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Die Kriterien für eine Somatisierungsstörung seien ebenfalls nicht erfüllt, da sich die Versicherte aktuell nicht über wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, sondern lediglich über undifferenzierte Schmerzen beklage. Sie leide insbesondere nicht mehr unter Bauchbeschwerden, einer Diarrhoe oder Verstopfungen. Anamnestisch würden sich die Symptome zur Diagnose einer depressiven Episode in Form von Gereiztheit, einer traurigen Stimmung, Energielosigkeit, Müdigkeit und Erschöpfung, einer allgemeinen Ängstlichkeit, einer absoluten Freudlosigkeit, Vergesslichkeit, einer schlechten Konzentrationsfähigkeit, geringem Selbstvertrauen, dem Gefühl einer allgemeinen Sinnlosigkeit und häufigen Suizidgedanken eruieren lassen. Als Ursache für die Depression seien insbesondere die andauernden Schmerzen, aber auch die konflikthafte Beziehung zum Ehemann zu nennen. Der Gedankengang der Versicherten sei auf die geklagten Beschwerden eingengt, wobei die Beschwerdeschilderung zum Teil logisch und kohärent, oftmals aber auch vage und wenig fassbar gewesen sei. Es lasse sich eine Dramatisierungstendenz feststellen und die Angaben seien nicht immer konsistent. Aus diesem Grund habe bei der Beurteilung des Schweregrades der Depression vor allem auf die während der Begutachtung erhobenen Befunde abgestellt werden müssen. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei die Stimmung leicht gedrückt gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei insgesamt als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen, nicht jedoch die Vitalität. Hinweise für eine Müdigkeit oder verminderte Energie hätten sich im Verlaufe des Gesprächs nicht mehr feststellen lassen. Auch hätten die subjektiv geklagten Konzentrationsstörungen nicht bestätigt werden können. Die Versicherte habe zudem geschildert, unter ständiger Angst zu leiden. Sie reagiere schnell mit panikartigen Ängsten, respektive mit Herzklopfen. Dabei würde ihr alles Angst machen. Sie habe zudem Alpträume. Klinisch habe sich jedoch zu keinem Zeitpunkt eine ängstliche Stimmung erkennen lassen. Gestützt auf eine Blutkonzentrationsbestimmung habe festgestellt werden können, dass die Versicherte die ihr verordneten Psychopharmaka nur zum Teil regelmässig einnehme, was auf einen nicht sehr hohen Leidensdruck hindeute. Bei regelmässiger Einnahme der Psychopharmaka sei mit einer Verbesserung zu rechnen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte vollumfänglich arbeitsfähig.

6.2 Der strittigen Angelegenheit liegen sodann diverse medizinische Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden werden indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben, welche sich für den Entscheid als relevant erweisen.

6.2.1 Dr. C.____ erhob im rheumatologischen Gutachten vom 25. März 2013 (act. 46) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit imponierte ein myotendinotisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne Hinweis auf eine segmentale Dysfunktion der Wirbelsäule. Eine muskuläre Dysbalance stehe dabei im Vordergrund. Weiter diagnostizierte Dr. C.____ diffuse Schmerzen der oberen und der unteren Extremitäten ohne organisches Korrelat am Bewegungsapparat, wobei ein dringender Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung bei psychosozialer Belastungssituation bestehe, Senk- und Spreizfüsse beidseits sowie ein Verdacht auf eine beginnende leichtgradige retropatelläre Arthrose beidseits. Die Versicherte leide an Schmerzen im ganzen Körper. Rechtsbetont bestünden Nacken- und Kopfschmerzen mit einer diffusen Schmerzausstrahlung in den rechten Arm sowie eine muskuläre Verspannung, welche bei psychischen Belastungen exazerbiere. Im Bereich der Füsse komme es zu Verkrampfungen. Auch seien die Kniegelenke diffus schmerzhaft. Die Schmerzintensität liege konstant bei 7-8 von 10 in der VAS. Klinische Hinweise für eine organisch bedingte segmentale Dysfunktion der Wirbelsäule würden nicht vorliegen. Die Untersuchung der Schulter- und Ellenbogengelenke habe eine normal erhaltene, schmerzfreie Beweglichkeit gezeigt. An den Hüftgelenken bestünden keine Hinweise für relevante degenerative Veränderungen, für eine Instabilität des Bandapparates oder meniskale Läsionen beidseits. Es lasse sich eine leichtgradige Krepitation der Patella mit positivem Zohlentest beidseits auslösen. Das Ausmass dieser Veränderung sei jedoch als leichtgradig einzustufen. Im Rahmen der klinischen Untersuchung der Füsse und Zehen seien Senk- und Spreizfüsse mit Druckdolenz der Metatarsalia erhoben worden. Diese würden zu einer Fehlbelastung der Beimgelenke und der Beinmuskulatur beidseits führen, was mittels Fusseinlagen korrigiert werden könne. Die Senk- und Spreizfüsse könnten zudem eine Schmerzexazerbation der Beinmuskulatur und der gewichttragenden Gelenke hervorrufen und unterhalten. Hinweise auf eine Fibromyalgie würden nicht vorliegen. Auch seien weder klinisch noch labormässige Anzeichen einer entzündlichen Erkrankung des rheumatologischen Formenkreises vorhanden. Im Vordergrund stehe eine Somatisierungsstörung, welche sich mit muskulären Verspannungen im Bewegungsapparat ausdrücke. Diese sei allerdings auf psychogene Ursachen zurückzuführen. Aus rheumatologischer Sicht bestünden keine relevanten Einschränkungen der Funktionen am Bewegungsapparat, welche eine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten.

6.2.2 Im gerichtlich angeordneten, psychiatrischen Fachgutachten vom 11. Dezember 2014 (act. 97) erhob Dr. D.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom. Während der Untersuchung habe eine leichte depressive Niedergeschlagenheit, eine Minderung der Interessen und der Freude, ein leichtgradig verminderter bzw. wechselnder Antrieb, subjektive Konzentrationsstörungen, eine subjektiv gesteigerte Ermüdbarkeit und eine Appetitminderung imponiert, womit die diagnostischen Kriterien einer leichtgradigen depressiven Episode erfüllt seien. Die Lebenssituation der Versicherten sei geprägt durch eine Mehrfachbelastung aufgrund der Berufstätigkeit und der Versorgung der Familie, einem chronischen Konflikt mit dem Ehemann im Zusammenhang mit dessen Alkoholkonsum und den daraus resultierenden finanziellen Schwierigkeiten. Dabei handle es sich jedoch um krankheitsfremde Faktoren. Inhaltlich sei der Gedankengang der Versicherten auf das subjektive Nichtkönnen und

die Krankheitsüberzeugung eingeengt. Die Beschwerdeschilderung habe als jammernd und klagend imponiert. Ein Leidensdruck bezüglich der psychischen und psychosomatischen Beschwerden sei dagegen nicht spürbar gewesen. Vielmehr beziehe sich dieser auf die eheliche Situation und die negative Lebensbilanz. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich zudem Inkonsistenzen und Widersprüche ergeben. So habe die Versicherte namentlich eine subjektiv schwere Depression bzw. invalidisierende Schmerzen am ganzen Körper beschrieben, dennoch nehme sie die verordneten Psychopharmaka und Schmerzmittel nicht regelmässig ein. Auch habe sie über starke Rückenschmerzen geklagt, weshalb sie nicht lange sitzen könne. Im Gegensatz dazu habe sie während der dreieinhalbstündigen Exploration ruhig in ihrem Stuhl gesessen und kaum die Sitzposition gewechselt. Die Versicherte sehe sich selbst als vollständig arbeitsunfähig. Dennoch habe sie bis vor kurzem die finanziellen Angelegenheiten der Familie besorgt, was erhebliche Anforderungen an die Strukturiertheit und die Eigeninitiative, den Antrieb und die kognitiven Fähigkeiten stelle, was mit einer schweren Depression nicht vereinbar sei. Eine somatische Krankheitsvorstellung bestehe nicht, denn die Versicherte halte ihre Schmerzen für psychisch bedingt. Die psychosomatisch bedingten Schmerzen würden ohnehin keine eigenständige psychische Störung darstellen, sondern seien vielmehr ein Begleitsymptom der depressiven Störung. Der Verlauf der depressiven Störung sei fluktuierend. Retrospektiv sei das Vorliegen einer vorübergehend mittelgradigen depressiven Episode angesichts der Berichte mehrerer behandelnder Ärzte sehr wahrscheinlich, was auch eine Minderung der Arbeitsfähigkeit zur Folge gehabt habe. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sei zu diesem Zeitpunkt jedoch sehr unwahrscheinlich. Gegenwärtig liege nur noch eine leichtgradig depressive Symptomatik vor. Von einer lediglich leichtgradig ausgeprägten Depression sei ab spätestens Mitte 2009 auszugehen. Folglich bestehe spätestens ab Mitte 2009 eine vollständige Arbeitsfähigkeit der Versicherten.

6.2.3 Die Versicherte befand sich vom 7. Januar 2016 bis 26. Februar 2016 in stationärer Behandlung in der Klinik F.____. Anlässlich der Beendigung der stationären Behandlung in der Klinik erhob Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Austrittsbericht vom 30. Mai 2016 (act. 136, S. 15 ff.) die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode, eine Somatisierungsstörung, eine nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, eine gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis sowie ein Reizdarmsyndrom ohne Diarrhoe. Die Versicherte habe berichtet, dass sich ihre Symptomatik in den vergangenen Monaten verstärkt habe. Sie leide unter vielen körperlichen Beschwerden wie Verkrampfungen am ganzen Körper, nächtlichem Zähneknirschen, Magenbrennen, Reflux, wiederholt auftretenden Schwindelgefühlen, ständiger Angespanntheit und Herzklopfen. Sie fühle sich erschöpft und müde, teilweise auch aggressiv. Auch bestünden familiäre Probleme. Im Eintrittsgespräch habe die Versicherte müde und abgeschlagen gewirkt. Es habe ein starker Leidensdruck bestanden. Sie sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Beim Berichten habe die Versicherte verlangsamt und nachdenklich gewirkt, habe öfter geweint und sei in ihren Ausführungen sehr ausschweifend gewesen. Der Antrieb sei insgesamt vermindert. Im Affekt wirke sie deprimiert, kaum schwingungsfähig sowie hoffnungs- und freudlos. Während ihres Aufenthaltes habe sich die Versicherte nur langsam in das multimodale, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungssetting integriert. Sie habe jedoch aktiv den Kontakt zu Mitpatienten aufgenommen und sich an die Tagesstruktur halten können. Oft habe sie sich jedoch zurückgezogen und die therapiefreie Zeit im Bett verbracht. Zu Beginn der Behandlung habe sie mit deutlicher

Anspannung, innerer Unruhe und starker Übelkeit reagiert, was sie auch an der regelmässigen Therapieteilnahme gehindert habe. Unter Aufdosierung der entsprechenden psychopharmakologischen Medikation habe sich die Unruhe der Versicherten zurückgebildet und die Schlafqualität verbessert. Auf die Konfrontation mit der bestehenden Belastungssituation durch familiäre Konflikte, aber auch im Zusammenhang mit der Austrittssituation, habe die Versicherte mit Ein- und Durchschlafstörungen reagiert. Trotz einer beobachtbaren Verbesserung des Psychostatus während des Klinikaufenthalts habe sie über Schmerzen und Müdigkeit geklagt. Im Angehörigengespräch mit den Kindern der Versicherten sei die stützende Rolle der Familie deutlich geworden. Ein Vorstellungsgespräch in der Tagesklinik K.____ sei bereits erfolgt und der Eintritt erfolge voraussichtlich in drei Wochen. Zum Zeitpunkt des Austritts sei die Versicherte vollumfänglich arbeitsunfähig.

6.2.4 Die Versicherte war vom 12. September 2016 bis 1. Oktober 2016 in der Klinik für Schmerztherapie hospitalisiert. Sie hat an einer mehrwöchigen multimodalen Schmerztherapie teilgenommen, die Physio-, medizinische Trainings-, Ergo-, Atem-, Entspannungs- sowie kreative Therapie und psychiatrisch-psychologische Gruppen- und Einzelgespräche umfasst hat. Dr. med. L.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erhob im Austrittsbericht vom 1. Dezember 2016 (act. 165, S. 14 ff.) die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei chronisch rezidivierenden Zervikocephalien rechtsbetont, mit rezidivierender Schwindelsymptomatik und Lumboischialgien rechtsbetont, bei einer Blockierung des Iliosakralgelenks (ISG) rechts sowie bei einem Ganzkörperschmerzsyndrom. Weiter diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung mit aktuell schwergradiger Episode unter Medikation, eine Hypothyreose und eine gastroösophageale Refluxkrankheit bei Hiatushernie und mit säurebedingten Zahnerosionen. Die Versicherte sei mit chronischen Schmerzen und daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS), der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Kopfes in die Schmerztherapie eingetreten. Sie habe während des Therapieaufenthaltes stark profitieren können, insbesondere hätten sich die bestehenden Blockierungen im Beckenbereich sowie thorakal gelöst, was zu einer deutlichen Verbesserung der Schmerzsymptomatik geführt habe. Jedoch sei es im Verlauf des stationären Aufenthalts immer wieder zu Blockierungen des ISG gekommen. Bei der Schmerzproblematik handle es sich um ein myofaszielles Schmerzsyndrom mit deutlich erhöhtem Muskeltonus im Schulter-Hals-Bereich und einer Lumboischialgie bei muskulärer Dysbalance im Bereich des Beckens. Hinzu komme eine Refluxkrankheit mit abdominothorakaler Symptomatik, chronischer Heiserkeit und Zahnerosionen. Vor dem Hintergrund einer chronisch-rezidivierenden depressiven Störung bei komplexen familiären Belastungen bestehe zudem eine generalisierte Schmerzverarbeitungsstörung. Die Versicherte habe erste Schritte zur Adaption aktiver Bewältigungsstrategien unternommen. Die Fortsetzung der Physio- und Psychotherapie werde empfohlen.

6.2.5 Vom 20. März 2017 bis 25. März 2017 war die Versicherte in der Klinik für Schmerztherapie hospitalisiert. Die Versicherte hat an einer einwöchigen multimodalen Schmerztherapie teilgenommen, welche Physio-, medizinische Trainings-, Ergo- und Entspannungstherapie sowie psychiatrisch-psychologische Gruppen- und Einzelgespräche umfasst hat. Dr. med. M.____,

FMH Anästhesiologie, erhob im Austrittsbericht vom 23. März 2017 (act. 165, S. 10 ff.) die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit chronisch rezidivierenden Zervikocephalgien und rezidivierenden Lumboischialgien jeweils rechtsbetont bei Blockierung des Iliosakralgelenks (ISG) rechts. Weiter diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung mit aktuell leichter bis mittelgradiger Episode, den Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung, differentialdiagnostisch einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung entsprechend, sowie Probleme mit Bezug auf die Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Bei Eintritt hätten sich keine Hinweise auf Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration oder des Gedächtnisses gezeigt. Inhaltlich sei das Denken der Versicherten auf ihre Probleme eingeengt gewesen. Sie habe mehrfach spontan angegeben, unter Angst zu leiden. Im Affekt sei sie sehr klagsam bis anklagend, demonstrativ wirkend, wenig spürbar, niedergestimmt und deprimiert gewesen. Es sei ein reduzierter Antrieb festgestellt worden. Im Verlauf der Therapie habe die Versicherte neben den regelmässig stark einschliessenden Schmerzen mit wechselnden Lokalisationen über permanente Schmerzen im Kopf-/Nackebereich geklagt. Die Beschwerden seien durch die Versicherte zunächst sehr diffus und ausufernd geschildert worden. Die Versicherte habe ihre Stimmungslage als sehr schlecht beschrieben. Sie sei ängstlich und angespannt, schlafe schlecht und sei rasch überfordert und erschöpft. Sie mache sich viele Sorgen, weine viel und nehme eine grosse Leere sowie eine Unruhe wahr. Auch leide sie an den belastenden Lebensereignissen. Durch Strukturierung von aussen sei es der Versicherten im Rahmen der Therapie gelungen, einen Zusammenhang zwischen ihrer Wahrnehmung und dem daraus resultierenden Leiden zu erkennen. So könne sie etwas Distanz gewinnen und sich auf eine Betrachtung der von ihr rasch hergestellten Durchmischung von Gefühlen wie Angst oder Einsamkeit und Körperempfindungen wie Spannung oder Schmerz einlassen. Die von der Versicherten beschriebenen Beschwerden und die erhobenen Befunde würden für ein fasziales Schmerzgeschehen mit rezidivierenden segmentalen Blockierungen insbesondere der HWS sprechen. Es habe sich eine deutliche Dekonditionierung der Muskulatur gezeigt. Die psychischen Faktoren hätten weiterhin Einfluss auf den Schweregrad, die Aufrechterhaltung und die rezidivierende Exazerbation der empfundenen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Die Fortführung der Physio- und der Psychotherapie werde empfohlen.

6.2.6 Dr. E.____ erhob in ihrem Bericht vom 21. Januar 2018 (act. 165) die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode, einer Somatisierungsstörung, einer nicht organischen Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus sowie eines Verdachts auf eine generalisierte Angststörung, welche differentialdiagnostisch einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeit entspreche. Innerfamiliär bestünden Belastungen insbesondere im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum des Ehemannes und dem Tod der Eltern. Die Versicherte leide unter Ängsten, Antriebsstörungen, chronischen Schmerzen, einer inneren Unruhe und einer raschen Ermüdbarkeit. Der Gedankengang sei auf ihre Probleme eingeengt, die Ausführungen seien weitschweifig und sie grübele und weine oft. Affektiv wirke sie deprimiert und hoffnungslos. Es bestehe eine Anhedonie, eine Störung der Vitalgefühle sowie eine latente Suizidalität. Der Antrieb sei gehemmt und die Versicherte sei ständig angespannt, innerlich und motorisch unruhig und verspüre Schuldgefühle gegenüber ihren Kindern und den verstorbenen Eltern. Sie mache sich ständig Sorgen, ihren Angehörigen könne etwas Schlimmes zustossen. Sie sei unfähig, sich zu entspannen, leide unter Muskelverspannungen, akuten und chronischen Schmerzen sowie

Herzklopfen und erwache zuweilen mit Panikattacken. Zeitweise bestehe eine Dyspnoe auch in Ruhe. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen würden keine vorliegen. Es bestünden jedoch Konzentrationsstörungen und eine Schreckhaftigkeit. So werde sie starr vor Schreck, wenn jemand schreie. Sie habe Mühe, einzuschlafen und erwache nachts häufig. Den Haushalt könne sie nur mit Hilfe ihrer Familie bewältigen. Sie lebe sozial sehr zurückgezogen und pflege mit Ausnahme einer Nachbarin, welche eine Verwandte des Ehemannes sei, lediglich innerfamiliäre Kontakte. Sie verlasse das Haus praktisch nur für Arztbesuche oder Therapien; spazieren gehe sie nur noch selten.

6.2.7 Mit Bericht vom 27. Juni 2019 informierte Dr. I.____ über die unlängst erhobene Diagnose einer Psoriasis mit Polyarthralgien der peripheren Gelenke und des Achsenskeletts, wobei bisher keine radiologisch fassbaren, entzündlichen Veränderungen der Gelenke hätten festgestellt werden können. Befallen sei primär die Kopfhaut; eine geringgradigere Ausprägung finde sich am Stamm. Die Behandlung erfolge mit Otezla. Die Versicherte habe bereits seit vielen Jahren über Polyarthralgien mit wechselnder Lokalisation sowie Schmerzen am Achsenskelett geklagt, ohne dass bisher ein somatisches Korrelat habe gefunden werden können. Bei dieser Schmerzsensation handle es sich um Polyarthralgien bei inzwischen manifester Psoriasis.

6.2.8 Die behandelnde Ärztin Dr. E.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 13. Dezember 2019 (act. 199, S. 14 ff.) zum psychiatrischen Gutachten von Dr. H.____ vom 27. November 2018 fest, dass die Krankheitssymptome der Versicherten zu vielen Krankheitsbildern passen würden, weshalb es auch so schwierig sei, diese einzuordnen. Tatsache sei, dass seit Herbst 2015 verschiedene Ärzte eine depressive Episode von leichter bis mittelschwerer Ausprägung respektive eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert hätten. Diese Ärzte würden sich wohl kaum irren, auch wenn die Gutachter – mit Ausnahme von Dr. D.____ – keine depressive Störung erhoben hätten. Der Umstand, dass sich die Versicherte mehrmals in stationäre Behandlung begeben habe, zeige eine Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustands seit 2014. Ihrer Ansicht nach leide die Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung. Die Kriterien nach ICD 10 seien erfüllt, auch wenn Dr. H.____ während seiner Untersuchung keine Depression habe feststellen können. Der Umstand, dass sich die Versicherte nach eigenen Angaben nicht mehr freuen könne, sich aber dennoch freue, wenn die Kinder zu Besuch kämen, würde keinen Widerspruch darstellen. Schliesslich erfordere die Diagnose einer leichten Depression nach ICD 10 eine anhaltend depressive Stimmung während der meisten Zeit eines Tages, an fast jedem Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und während mindestens zwei Wochen. Die Freude beim Besuch der eigenen Kinder schliesse eine Depression demzufolge nicht aus. Hinzu kämen weitere Symptome wie namentlich verminderter Antrieb, gesteigerte Ermüdbarkeit, fehlendes Selbstvertrauen, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle vor allem den Kindern gegenüber, wiederkehrende Gedanken an Tod und Suizid, Klagen über verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit oder Schlafstörungen. Ebenfalls würden die Kriterien für die Diagnose einer generalisierten Angststörung vorliegen: Die Versicherte leide an Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse. So habe sie ständig Angst, ihren Kindern könne etwas Schlimmes zustossen. Sie reagiere jeweils mit Herzklopfen. Auch leide sie an erhöhter Herz- und Atemfrequenz, einer Verkrampfung im

Hals, einem Schwächegefühl und manchmal auch Schwindel, Muskelverspannungen und chronischen Schmerzen, einer erhöhten Schreckhaftigkeit sowie Konzentrations- und Schlafstörungen. Die Ansicht von Dr. H.____, wonach sich bei der Versicherten eine Dramatisierungstendenz zeige, könne nicht nachvollzogen werden. Sie habe vielmehr den Eindruck, dass sich die Versicherte nicht anmerken lassen wolle, wie es ihr physisch und psychisch wirklich gehe. Auch würden die Lebensumstände der Versicherten ihren Psychostatus belasten. Die Empfehlung von Dr. H.____ zur Verbesserung der regelmässigen Medikamenteneinnahme sei sicherlich nicht falsch. Ihres Erachtens spielten belastende Lebensereignisse bei der Beschwerdeführerin eine grössere Rolle als die medikamentöse Therapie.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Frage eines allfälligen Rentenanspruchs auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. G.____ und H.____ vom 15. November 2018 bzw. 27. November 2018. In Würdigung der medizinischen Aktenlage ergibt sich, dass diesem Gutachten voller Beweiswert zukommt. Es erfüllt sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches Gutachten. Daran vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt.

7.2.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, Dr. H.____ habe sich in seinem Gutachten nur ungenügend und oberflächlich mit anderslautenden Diagnosen und festgestellten Arbeitsunfähigkeitsgraden der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Dr. H.____ erhob im psychiatrischen Gutachten vom 27. November 2018 eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom, welche sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirke. Anamnestisch hätten die zur Diagnose einer depressiven Störung notwendigen Symptome in Form einer Gereiztheit, einer traurigen Stimmung, einer Müdigkeit, einer Vergesslichkeit und einer sehr schlechten Konzentrationsfähigkeit, eines geringen Selbstvertrauens, eines allgemeinen Gefühls der Sinnlosigkeit und in Form von häufigen Suizidgedanken zwar vorgelegen. Aufgrund diverser Inkonsistenzen und einer Dramatisierungstendenz der Versicherten musste bei der Beurteilung des Schweregrades der Depression aber auf die Befunde anlässlich der psychiatrischen Begutachtung abgestellt werden. Im Rahmen dieser Untersuchung imponierte Dr. H.____ eine leicht gedrückte Stimmung. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leichtgradig eingeschränkt gewesen, nicht jedoch die Vitalität. Die Müdigkeit, welche zu Beginn der Untersuchung habe festgestellt werden können, habe sich im Verlauf des Gesprächs gelegt. Am Ende der Exploration habe die Versicherte einen sehr vitalen Eindruck hinterlassen. Auch konnte die subjektiv geklagte, verminderte Konzentrationsfähigkeit nicht bestätigt werden. Vielmehr sei die Versicherte stets sehr konzentriert gewesen und habe einen bestimmten Eindruck hinterlassen. Auch konnten bereits im Rahmen der Schmerztherapie im März 2017 keine Hinweise für eine Störung der Aufmerksamkeit oder der Konzentration festgestellt werden. Eine gereizt-aggressive Stimmung oder eine Ängstlichkeit konnten durch Dr. H.____ ebenfalls nicht erhoben werden. Darüber hinaus ist gestützt auf die Blutkonzentrationsbestimmung der verordneten Psychopharmaka davon auszugehen, dass die Versicherte diese Medikamente nur zum Teil regelmässig einnahm, was auf einen nicht sehr hohen Leidensdruck schliessen lässt. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes unter regelmässiger Medikamenteneinnahme ist folglich zu erwarten. In diesem Zusammenhang fällt zudem auf, dass

eine Malcompliance bereits durch Dr. D.____ im psychiatrischen Gutachten vom 11. Dezember 2014 erhoben wurde. Auch hatte sich die Versicherte in der Tagesklinik K.____ vorgestellt, trat jedoch daraufhin nie in das Therapieprogramm ein. In Anbetracht dieser Ausführungen schloss Dr. H.____ in nachvollziehbarer Weise auf einen leichtgradigen Schweregrad der depressiven Störung. Daran vermögen auch die Entgegnungen von Dr. E.____ in ihrer Stellungnahme vom 13. Dezember 2019 nichts zu ändern. Schliesslich vermerkte auch sie, dass die Krankheits Symptome der Versicherten zu verschiedenen Krankheitsbildern passen würden und es deshalb schwierig sei, diese einzuordnen. Betreffend die Einnahme der verordneten Psychopharmaka führte Dr. E.____ aus, dass die Empfehlung von Dr. H.____ zu einer verbesserten Compliance sicher nicht falsch sei. Soweit sie sich jedoch darauf beruft, Dr. H.____ habe bemängelt, dass sich die Versicherte jeweils trotz geklagter absoluter Freudlosigkeit über den Besuch ihrer Kinder freue, kann sie nichts zu ihren Gunsten ableiten. Es handelt sich dabei um eine festgestellte Inkonsistenz im Rahmen der Anamneseerhebung. Diese erweist sich vorliegend jedoch ohnehin als nicht massgebend. Denn letztlich erhob Dr. H.____ weitere Diskrepanzen, indem die Versicherte etwa über eine konstante und erhebliche Schmerzintensität geklagt habe, während Mimik und Gestik kaum einmal Schmerzen angedeutet hätten. Auch seien die Aussagen der Versicherten lediglich vage und wenig fassbar gewesen, weshalb sich namentlich ein genauer Tagesablauf nicht habe eruieren lassen. Aufgrund dieser unpräzisen und inkonsistenten Angaben der Versicherten habe sich eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen Lebensbereichen nicht beurteilen lassen. Betreffend die in diversen Arztberichten erhobene depressive Störung mit mittelgradiger Episode führte Dr. H.____ aus, dass – im Gegensatz zu den psychiatrischen Gutachten – in keinem dieser Berichte eine Symptomvalidierung vorgenommen worden sei, was die unterschiedliche Einschätzung des Schweregrades der Depression erkläre. Darüber hinaus lässt sich dem Austrittsbericht von Dr. L.____ vom 1. Dezember 2016 keine Begründung für die diagnostizierte schwergradige, rezidivierende depressive Störung entnehmen. Soweit Dr. E.____ belastende Lebensereignisse anführt, welche den Gesundheitszustand der Versicherten beeinflussen würden, ist anzumerken, dass belastenden psychosozialen Faktoren und soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind solche invaliditätsfremden Gesichtspunkte bei einer Rentenprüfung grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2020, 9C_171_2020, E. 3). Folglich sind auch bei depressiven Leiden soziale Belastungen, die direkte negative funktionelle Folgen zeitigen, auszuklammern, was eine nachvollziehbare Diagnosestellung nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraussetzt (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6 jeweils mit Hinweisen). In Anbetracht der vorstehenden Ausführungen ist die durch Dr. H.____ erhobene Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode schlüssig erstellt und folglich nicht weiter zu beanstanden.

7.2.2 Den Akten ist zu entnehmen, dass die Versicherte bereits seit geraumer Zeit unter andauernden Schmerzen am ganzen Körper litt. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. H.____ wurden wiederum erheblichste Schmerzen mit einer Intensität von 8-10 von 10 in der VAS eruiert. Demgegenüber haben Mimik und Gestik der Versicherten nur punktuell und lediglich am Ende der Exploration beim sich Erheben vom Stuhl kurzdauernd Schmerzen angedeutet. Insgesamt hat die Versicherte nicht den Eindruck hinterlassen, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung durch Dr. H.____ nicht erhoben werden konnte. Dieser Schluss erscheint mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen nachvollziehbar. Die durch Dr. E.____ im Bericht vom 21. Januar 2018 erhobene Somatisierungsstörung konnte im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. H.____ ebenfalls nicht bestätigt werden. Dr. H.____ begründet dies damit, dass sich die Beschwerdeführerin während der Untersuchung nicht über wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome beklagt habe, sondern lediglich über unspezifische Schmerzen im ganzen Körper, welche seit Jahren bestünden. Insbesondere habe sie nicht mehr über Bauchbeschwerden, über eine Diarrhoe oder Verstopfungen geklagt, wie dies noch vor der Aufhebung der Invalidenrente im psychiatrischen Gutachten von Dr. B.____ vom 8. Februar 2013 der Fall gewesen sei. In Anbetracht dieser vagen und unspezifischen Beschwerdeschilderung, einer konstant auffallend hohen Schmerzintensität sowie der erhobenen Dramatisierungstendenz vermag auch diese Beurteilung von Dr. H.____ zu überzeugen. Betreffend die Dramatisierungstendenz ist zudem darauf hinzuweisen, dass bereits Dr. D.____ im psychiatrischen Gerichtsgutachten vom 11. Dezember 2014 eine klagende Beschwerdeschilderung imponierte. Auch Dr. M.____ hielt im Bericht vom 23. März 2017 fest, die Versicherte sei sehr klagsam und wenig spürbar gewesen und habe demonstrativ gewirkt. Auch sei die Beschwerdeschilderung zunächst diffus und ausufernd erfolgt, was von Dr. H.____ anlässlich der psychiatrischen Begutachtung bestätigt werden konnte. Er beschrieb die Aussagen der Versicherten als oftmals vage und wenig fassbar. Die Versicherte schien zudem gewissen Fragen auszuweichen. Zu Beginn der Untersuchung startete sie zeitweise kurzdauernd auf den Boden und beantwortete in diesem Moment keine Fragen mehr. Dieses Verhalten beurteilte er als aufgesetzt und demonstrativ. Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen hat Dr. H.____ ein somatisches Syndrom nachvollziehbar ausgeschlossen.

7.2.3 Mit Bericht vom 21. Januar 2018 erhob Dr. E.____ den Verdacht auf eine generalisierte Angststörung, wohingegen Dr. H.____ diese Diagnose hingegen nicht bestätigen konnte. Zwar schilderte die Beschwerdeführerin im Rahmen der Anamneseerhebung, stetig unter Ängsten zu leiden. Dabei würde ihr alles Angst bereiten. Sie reagiere generell schnell mit panikartigen Ängsten, respektive mit Herzklopfen. So habe sie Angst, dass ihre Schwester sterben oder den Kindern etwas Schlimmes zustossen könnte. Dr. H.____ konnte jedoch anlässlich der Exploration keine Ängstlichkeit feststellen. Die Kriterien für eine Diagnosestellung seien nicht erfüllt. Mit Blick auf die erhobene Dramatisierungstendenz, diverse Inkonsistenzen und den oft vagen und wenig fassbaren Aussagen der Beschwerdeführerin, erweist sich diese Beurteilung als nachvollziehbar. Soweit Dr. E.____ nun in ihrer Stellungnahme vom 13. Dezember 2019 ausführt, die Kriterien für das Vorliegen einer generalisierten Angststörung seien erfüllt, kann ihr somit nicht gefolgt werden.

7.2.4 Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wurde zuletzt weder von der behandelnden Ärztin Dr. E.____ noch von Dr. H.____ erhoben. Dr. H.____ führt im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. November 2018 diesbezüglich aus, dass sich im Rahmen der Untersuchung keine typischen Intrusionen hätten nachweisen lassen. Die Versicherte habe zudem ohne äusserlich sichtbare psychovegetative Mitbeteiligung über belastende Erlebnisse berichten können. Eine Schreckhaftigkeit, eine Hypervigilanz oder Dissoziationen hätten nicht festgestellt werden können. Darüber hinaus habe sich auch kein Vermeidungsverhalten gezeigt, denn die Ver-

sicherte lebe nach wie vor mit ihrem Ehemann zusammen, obwohl sie sich über dessen Gewaltbereitschaft beklagt habe. In der Lebensgeschichte der Versicherten liessen sich ausserdem keine Situationen aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses nachweisen. Demnach seien die Eingangskriterien für die Diagnose einer PTBS nicht gegeben. In Anbetracht dessen ist schlüssig erstellt, dass eine PTBS bei der Versicherten nicht bzw. nicht mehr besteht. Darüber hinaus haben sich während der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. H.____ keine schwerwiegenden Psychopathologien in der Persönlichkeitsstruktur und keine Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung feststellen lassen. Relevante Veränderungen der Persönlichkeit liegen somit keine vor. Etwas Anderes wird durch die Beschwerdeführerin im Übrigen auch nicht geltend gemacht.

7.2.5 Den vorstehenden Ausführungen zufolge ist festzuhalten, dass sich Dr. H.____ im psychiatrischen Gutachten vom 27. November 2018 rechtsgenügend mit den anderslautenden Diagnosen auseinandergesetzt hat. Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass eine durch den behandelnden Arzt attestierte Arbeitsunfähigkeit allein keinen Schluss auf die dauernde Unzumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit zulässt.

7.3 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass Dr. H.____ als Gutachter über keine hinreichende Qualifikation verfüge, zumal er nicht auf Traumafolgen spezialisiert sei, übersieht sie, dass Dr. H.____ einen Facharztstitel im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie vorweisen kann, womit er die Anforderungen an die Qualifikation von Sachverständigen vollends erfüllt.

7.4 Dr. H.____ schloss anlässlich der psychiatrischen Begutachtung auf eine mögliche Stabilisierung und Verbesserung der psychischen Gesundheit der Versicherten, welche durch eine regelmässige Einnahme der verordneten Psychopharmaka erreicht werden könne. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin steht diese Aussage nicht im Widerspruch zur vollständigen Arbeitsfähigkeit, welche Dr. H.____ anlässlich der psychiatrischen Begutachtung erhob. Schliesslich kann trotz vollumfänglicher Arbeitsfähigkeit eine Gesundheitsbeeinträchtigung bestehen, welche sich nicht auf die Arbeitstätigkeit auswirkt oder welche sich nicht als erheblich genug erweist, damit eine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit begründet werden könnte. Von einer möglichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes allein kann folglich nicht auf eine bestehende Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden.

7.5 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, dass in zahlreichen Arztberichten eine Somatisierungsstörung diagnostiziert worden sei. Folglich hätte ein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt werden müssen, was im vorliegenden Fall ungenügend erfolgt sei. Dr. H.____ habe die Standardindikatoren im psychiatrischen Teilgutachten nur sehr oberflächlich geprüft. Wie die Beschwerdeführerin zutreffend ausführt, hat sich das Bundesgericht im BGE 141 V 281 für ein strukturiertes Beweisverfahren ausgesprochen und die zu prüfenden Standardindikatoren dargelegt. Dieses Beweisverfahren findet grundsätzlich bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden, aber auch bei depressiven Störungen Anwendung (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2019, 9C_808/2018, E. 3.1). Die Beschwerdeführerin verkennt jedoch, dass aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden kann, wo es nicht nötig oder auch gar nicht

geeignet ist. Folglich bleibt dieses entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Es handelt sich dabei namentlich um Fälle, bei denen nach bestehender Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die ihrerseits nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht (BGE 143 V 409 E. 4.5.3). Ein derartiger Fall ist vorliegend gegeben, wie sich aus den vorstehenden Ausführungen und dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. H. ____ vom 27. November 2018 ergibt. Daher war Dr. H. ____ nicht zur Vornahme einer Standardindikatorenprüfung angehalten. Soweit sich die Beschwerdeführerin auf die im rheumatologische Teilgutachten von Dr. G. ____ vom 15. November 2018 ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannte Diagnose einer Schmerzfehlverarbeitung mit ubiquitärem Schmerzsyndrom beruft, ist darauf hinzuweisen, dass die medizinische Beurteilung des Psychostatus jeweils im psychiatrischen Fachgutachten erfolgt. Aus den im rheumatologischen Teilgutachten erhobenen Diagnosen aus dem psychiatrischen Fachbereich kann sie demzufolge nichts zu ihren Gunsten ableiten.

7.6 Betreffend das rheumatologische Teilgutachten vom 15. November 2018 bringt die Beschwerdeführerin vor, Dr. G. ____ habe den Bericht des behandelnden Arztes Dr. I. ____ vom 27. Juni 2019 nicht gebührend berücksichtigt. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Im rheumatologischen Teilgutachten führte Dr. G. ____ aus, dass er den Akten – mit Ausnahme der Berichte von Dr. I. ____ – keine Hinweise für das Bestehen einer entzündlichen-rheumatologischen Erkrankung habe entnehmen können. Auch habe die Versicherte selbst nie Gelenkschwellungen beschrieben und in den Laboruntersuchungen hätten keine systemischen Entzündungsaktivitäten nachgewiesen werden können, wie dies bei Arthritiden der peripheren Gelenke häufig der Fall sei. Dies sei im Übrigen auch durch Dr. I. ____ anlässlich des Telefonats vom 23. Oktober 2018 bestätigt worden. Die wiederholt durchgeführten bildgebenden Abklärungen der Wirbelsäule, der Sakroiliakalgelenke und der peripheren Gelenke hätten ebenfalls keine Anzeichen eines entzündlichen Krankheitsgeschehens gezeigt, was bei einer derart langen Beschwerdedauer zu erwarten wäre. Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung hätten ebenfalls keine Arthritiden festgestellt werden können, wobei die Versicherte jedoch unverändert über starke Schmerzen am ganzen Körper geklagt habe. Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen ist es nachvollziehbar, dass Dr. G. ____ aus rheumatologischer Sicht keinen Verdacht auf eine Psoriasis Arthritis erheben konnte und einen Zusammenhang zwischen den insbesondere an den Gelenken bestehenden ubiquitären Schmerzen und einer Hauterkrankung als nicht ausgewiesen erachtete. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, Dr. G. ____ sei aus rheumatologischer Sicht zum Schluss gelangt, dass der medizinische Zustand noch nicht vollständig erfasst worden sei und folglich weitere Abklärungen durchzuführen seien, geht sie fehl. Indem Dr. G. ____ auf den weiteren klinischen Verlauf verwies, in welchem sich möglicherweise neue Aspekte ergeben würden, spricht er namentlich den noch offenen Therapieverlauf mit dem Medikament Otezla an. Schliesslich äusserte sich Dr. I. ____ im Rahmen der telefonischen Besprechung vom 23. Oktober 2018 dahingehend, dass der weitere Verlauf zeigen werde, ob die Versicherte auf die Therapie mit Otezla ansprechen werde. Die Schuppen im Bereich der Kopfhaut hätten sich unter dieser Therapie bereits zurückgebildet. Abschliessend ist festzuhalten, dass der Bericht von Dr. I. ____

vom 27. Juni 2019 im Vergleich zu den Dr. G.____ bekannten früheren Berichten vom 14. Mai 2018 (act. 172, S. 2 ff.) und 20. September 2018 (act. 180) sowie der telefonischen Besprechung vom 23. Oktober 2018 (act. 184, S. 16) keine neuen, entscheiderelevanten medizinischen Erkenntnisse enthält, weshalb auch eine Rückfrage bei Dr. G.____ entbehrlich war.

7.7 Abschliessend ist auf die Eingabe vom 20. Februar 2020 einzugehen: Die Beschwerdeführerin macht darin geltend, ihre Lebensumstände hätten sich dramatisch verschlechtert, wodurch nun auch die rezidivierende depressive Störung sehr ausgeprägt auftrete. Ihre ohnehin spärlichen Ressourcen seien nun vollends aufgebraucht. Diese Umstände seien als echtes Novum zu berücksichtigen und würden die Notwendigkeit von weiteren medizinischen Abklärungen unterstreichen. Nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Beurteilung der strittigen Angelegenheit grundsätzlich jener medizinische Sachverhalt massgebend, wie er im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. November 2019 vorgelegen hat (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Zumal die geltend gemachte Verschlechterung offensichtlich nach Verfügungserlass eingetreten ist, können die Umstände vorliegend nicht mehr berücksichtigt werden. Umstände, welche nach Verfügungserlass eingetreten sind und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu Folge haben, sind grundsätzlich im Verwaltungsverfahren vorzubringen. Diesbezüglich ist jedoch darauf hinzuweisen, dass psychosozialen Faktoren und soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt (vgl. auch Erwägung 7.2.1 hiervor).

8. Zusammenfassend ergibt sich, dass dem rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. G.____ und H.____ vom 15. bzw. 27. November 2018 voller Beweiswert zukommt, weshalb sich weitere medizinische Abklärungen, wie sie die Beschwerdeführerin verlangt, nicht aufdrängen. Aus dem bidisziplinären Gutachten der Dres. G.____ und H.____ vom 15. bzw. 27. November 2018 ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. September 2017 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hausfrau zu 10 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. In einer Verweistätigkeit mit leichten bis mittelschweren Arbeiten unterhalb der Schulterhorizontalen besteht dagegen keine Einschränkung. Gestützt auf die medizinische Aktenlage ist eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu den Befunden im rheumatologischen Fachgutachten von Dr. C.____ vom 25. März 2013 sowie im psychiatrischen Gutachten von Dr. D.____ vom 11. Dezember 2014 nicht ausgewiesen. Somit hat die IV-Stelle den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung vom 11. November 2019 zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde ist in diesem Sinne abzuweisen.

9.1 Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden. 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. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Dem

Prozessausgang zufolge hat deshalb die Beschwerdeführerin als unterliegende Partei die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- zu tragen. Dieser Betrag ist mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zu verrechnen.

9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.