



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 16. Juli 2020 (720 20 62 / 175)

Invalidenversicherung

Revision; unveränderter Gesundheitszustand

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Carole Held, Rechtsanwältin, Rechtsdienst Behindertenforum, Bachlettenstrasse 12, 4054 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1964 geborene A.____ bezog ab Januar 1999 eine ganze IV-Rente, welche im Rahmen einer Revision per Ende Juli 2008 aufgehoben wurde. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgesetz Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsgericht (Kantonsgesetz), mit Urteil vom 29. April 2009 ab. Am 25. Januar 2010 meldete sich A.____ bei der IV-Stelle erneut zum Leistungsbezug an, wobei sie Massnahmen für die berufliche Eingliederung sowie eine Rente beantragte. Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 26. Mai 2010 auf das Leistungsbegehren nicht ein. Die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde wies das Kantonsgesetz

mit Urteil vom 3. Dezember 2010 ab, soweit es darauf eintrat. A._____ meldete sich am 31. Januar 2013 wiederum bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 17. Juli 2014 sprach ihr die IV-Stelle eine halbe IV-Rente zu gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B._____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, und Dr. med. Dipl.-Psych. C._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. September 2013 / 31. Dezember 2013 bei einer attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % infolge einer anhaltenden mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Am 24. April 2018 stellte A._____ ein Gesuch um Revision resp. Erhöhung der IV-Rente, da sich ihr Gesundheitszustand seit 2015 / 2016 kontinuierlich verschlechtert habe. Als Gründe dafür gab sie einen Hirntumor, einen Magenbypass, einen Darmverschluss, eine Knieprothese, eine Schilddrüsenoperation, Fibromyalgie sowie eine psychische Erkrankung an. Die IV-Stelle ging gestützt auf das von ihr eingeholte bidisziplinäre Gutachten von Dr. B._____ und Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. / 13. Mai 2019 von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes aus. Es liege lediglich noch eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % vor. In der Folge hob sie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens die IV-Rente mit Verfügung vom 7. Januar 2020 auf.

B. Dagegen erhob A._____, vertreten durch Rechtsanwältin Carole Held, mit Eingabe vom 6. Februar 2020 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Sie beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Weiterausrichtung der halben IV-Rente. Entgegen der Auffassung der Vorinstanz habe sich der psychische Gesundheitszustand nicht verändert. Dies hätten der behandelnde Arzt, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. E._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und die behandelnde Psychologin, F._____, mehrfach und auf überzeugende Weise in ihren Berichten vom 13. November 2018 sowie 11. November 2019 dargelegt. Eventualiter sei zur abschliessenden Klärung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen.

C. Mit Vernehmlassung vom 20. März 2020 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 6. Februar 2020 ist demnach einzutreten.

2. Es ist zu prüfen, ob die Vorinstanz die halbe Rente zurecht revisionsweise aufgehoben hat.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.3 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 ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 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 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

3.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 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. Um festzustellen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, sind sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.

4.1 Nach Art. 17 Abs. 1 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 Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs (Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelsrente, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (BGE 134 131 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, wozu namentlich der Gesundheitszustand gehört. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden. Umgekehrt ist - bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand

- eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt, revisionsrechtlich von Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen). Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

4.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Liegt dagegen ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2018, 8C_145/2018, E. 3.2).

4.4 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

4.5 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, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 17. Juli 2014 rückwirkend ab 1. Juli 2013 eine halbe IV-Rente zu. Auf Gesuch der Beschwerdeführerin vom 24. April 2018 hin leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren ein. Es folgte eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts. Nach Vornahme medizinischer und erwerbli-

cher Abklärungen hob die IV-Stelle Basel-Landschaft die laufende halbe IV-Rente der Versicherten mit Verfügung vom 7. Februar 2020 auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf. Nach dem Gesagten beurteilt sich somit die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten IV-Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung vom 17. Juli 2014 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. Februar 2020.

5. Die entscheidende, von den Parteien unterschiedlich beantwortete Frage des vorliegenden Verfahrens ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne des Art. 17 ATSG gegeben ist. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, insbesondere aufgrund der somatischen Beschwerden, nicht mehr geltend gemacht wird. Strittig ist, ob sich der Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht seit 2014 in einer anspruchserheblichen Weise verbessert hat, oder – wie die Beschwerdeführerin behauptet – von einer gleichbleibenden psychischen Situation auszugehen ist, welche keine Rentenaufhebung zur Folge hätte.

6.1 Grundlage für die Rentenverfügung vom 17. Juli 2014 waren die Beurteilungen von Dr. B._____ und Dr. C._____. Dr. B._____ nannte als Diagnosen in seinem rheumatologischen Gutachten vom 2. September 2013 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere medial betonte Gonarthrose beidseits und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache mit in diesem Rahmen chronischer Kopfschmerzsymptomatik, ein Meningeom am Temporalpol links, grössenkonstant (MRT vom 15. Mai 2013), und eine Adipositas per magna. Aus rheumatologischer Sicht sei die Versicherte für leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten voll arbeitsfähig. Dabei sei jedoch zu beachten, dass sie nicht dauernd stehen oder gehen könne. Die Gehstrecke sei auf eine halbe Stunde am Stück limitiert. Arbeiten, die ein dauerndes Knien voraussetzten oder repetitiv nur bückend ausgeführt werden könnten, seien nicht zumutbar. Gelegentliches Bücken sei dagegen problemlos möglich. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit wäre ideal. Körperliche Schwerarbeiten seien aufgrund des Ganzkörperschmerzsyndroms dagegen ungünstig.

6.2 Dr. C._____ beurteilte den psychischen Gesundheitszustand der Versicherten. In seinem Gutachten vom 31. Dezember 2013 stellte er als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende, mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.11) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40). Vorliegend seien die Hauptsymptome einer Depression, namentlich eine depressive Stimmung, Interessensverlust, verminderte emotionale Reagibilität und vor allem ein Antriebsmangel sowie erhöhte Ermüdbarkeit klar gegeben. Als Zusatzsymptome nannte er eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl und ein vermindertes Selbstvertrauen, Entschlisschwäche, Insuffizienzgefühle und Schlafstörungen. Als «somatische» Symptome seien ein Interessensverlust, verminderte emotionale Reagibilität, eine psychomotorische Hemmung, ein Morgentief und ein Libidoverlust zu erwähnen. Nach seiner letzten Begutachtung im Jahr 2008 habe sich die Gesundheitssituation verschlechtert. So sei den späteren Arztberichten durchgehend

eine depressive Symptomatik zu entnehmen, ohne dass es zu einer einschneidenden Rückbildung oder gar Remission der Depression gekommen wäre. Die Störung habe einen chronifizierten Verlauf genommen. Hinsichtlich des Tagesablaufs sei ein tiefes Aktivitätsniveau mit Rückzug und Schonverhalten explorierbar. Es liessen sich aus heutiger Sicht keine medizinischen oder beruflichen Massnahmen empfehlen, mit denen das Störungsbild wesentlich und nachhaltig beeinflusst werden könnte. Das rigide körperbezogene Krankheitskonzept der Versicherten und vor allem die ungünstigen psychosozialen Kontextfaktoren (geringer [Aus-]Bildungsstand, Dekonditionierung, erkrankter Ehemann, sekundärer Krankheitsgewinn [Schonung, Unterstützung durch die Familie], ausgeprägte subjektive Krankheits- und Insuffizienzüberzeugung, passive Heilungserwartung, laufendes versicherungsrechtliches Verfahren), der langjährige rezidivierende Verlauf, die Komorbidität einer Schmerz- und depressiven Störung sowie die geringe Introspektionsfähigkeit liessen die Erfolgchancen einer psychotherapeutischen Behandlung in diesem Fall als limitiert erscheinen. Es sei von einer anhaltend (rezidivierend verlaufenden) und zur Chronifizierung tendierenden depressiven Störung, zum Untersuchungszeitpunkt mittelgradig ausgeprägt, auszugehen. Der verschlechterte Gesundheitszustand sei seit mindestens Januar 2010 ausgewiesen. Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der diagnostizierten Schmerzstörung und der mittelgradig ausgeprägten depressiven Störung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer den körperlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten der Versicherten entsprechenden Arbeitstätigkeit zumutbar.

Gestützt darauf sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 17. Juli 2014 rückwirkend ab 1. Juli 2013 eine halbe IV-Rente zu.

7.1 Anlässlich der 2018 eingeleiteten Revision beauftragte die IV-Stelle den Rheumatologen Dr. B.____ und den Psychiater Dr. D.____ mit dem Erstellen eines bidisziplinären Gutachtens. Mit Beurteilung vom 9. Mai 2019 stellte Dr. B.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine fortgeschrittene Gonarthrose rechts mit Verdacht auf longitudinaler / radiärer Rissbildung des Hinterhorns des medialen Meniskus (MRT Knie rechts vom 18. Oktober 2018) sowie einen Status nach Knie-TP links bei Varusgonarthrose links am 16. März 2016 «bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie medial Knie links infolge medialer Meniskusläsion Knie links am 16. Juni 2011». Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache mit chronischer Kopfschmerzsymptomatik (Fibromyalgie-Syndrom bzw. Widespread pain Syndrom), ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, einen Status nach einer Kraniotomie links mit Resektion eines klarzelligen Meningeoms am medialen Keilbeinflügel links am 23. November 2016, ein rechtsseitiges Aneurysma (MRT Schädel vom 31. Januar 2017), einen Status nach Adipositas (Magenbypass am 11. Dezember 2013), Osteoporose, Nephrolithiasis nach Status nach Nierenzertrümmerung am 21. März 2007, einen Status nach totaler Thyreoidektomie (Schilddrüsenresektion) bei Struma multinodosa mit Fremdkörpergefühl am 19. Oktober 2015, chronische Hepatitis B, Asthma bronchiale, einen Status nach Arthroskopie des rechten Sprunggelenkes sowie einen Status nach transspheoidaler Resektion eines vermuteten Hypophysen-Adenoms am 28. Januar 1998. Die Beurteilung der Gesundheitssituation sei gegenüber der Vorbegutachtung vom 2. September 2013 gleich ausgefallen. Es hätten vorübergehend operations- bzw. hospitalisationsbedingte Zeiten von Arbeitsunfähigkeiten bestanden, wobei die Dauer der Arbeitsunfähigkeiten nicht definiert worden sei, weil die

Versicherte nicht arbeitstätig gewesen sei. Gemäss den vorliegenden Akten könnten die Arbeitsunfähigkeitszeiten folgendermassen festgelegt werden: zwei Monate nach Magenbypassoperation vom 11. Dezember 2013, vom 23. Januar 2015 bis 21. Februar 2015 aufgrund des stationären Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik in X.____, sechs Wochen nach der totalen Thyreoidektomie vom 19. Oktober 2015, drei Monate nach der Knie-TP links vom 16. März 2016, zwei Monate nach der Revision des Magenbypasses vom 24. Oktober 2016, zwei Monate nach der Resektion des Keilbeinmeningeoms vom 23. November 2016 sowie vom 11. Oktober 2018 bis 26. Oktober 2018 während des stationären Aufenthaltes im K.____. Die Versicherte sei ansonsten in einer leichten bis mittelschweren, knieschonenden und angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Schwere Tätigkeiten seien aufgrund des Ganzkörperschmerzsyndroms zu vermeiden; ebenso dauerndes Knien, Stehen oder Gehen sowie repetitives Bücken. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit wäre vorzuziehen. Anhaltspunkte für eine Aggravation oder Simulation gäbe es – wie schon 2013 – nicht.

7.2 Die somatische Beurteilung von Dr. B.____ wird nicht bestritten. Das Gutachten erweist sich sowohl formal als auch inhaltlich umfassend und schlüssig. Ferner basiert es auf einer ausführlichen Untersuchung und berücksichtigt die ganze Krankengeschichte. Dr. B.____ zeigte nachvollziehbar auf, dass die aufgezählten Leiden und Eingriffe nur vorübergehend zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt haben. Von einer namhaften, längerfristigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes in somatischer Hinsicht ist hingegen nicht auszugehen. Auf das beweistaugliche, rheumatologische Gutachten kann somit abgestellt werden.

7.3 Hingegen wird die Beurteilung von Dr. D.____ vom 13. Mai 2019 zu Recht in Frage gestellt. Dr. D.____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.10) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Im Gegensatz zur Beurteilung von Dr. C.____ vom 31. Dezember 2013 wurde nunmehr auch die Schmerzstörung explizit als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Da im Zeitpunkt der Untersuchung eine leichtgradige Episode der rezidivierenden depressiven Störung feststellbar war, schloss Dr. D.____ auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes und attestierte der Versicherten eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Krankengeschichte und eine abschliessende Gesamtwürdigung der Situation nahm er nicht vor. Zwar erwähnte er eingangs Gutachten (Ziff. 6), dass die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zu bestätigen sei, da die Versicherte wiederholt unter depressiven Krisen gelitten habe und stationär behandelt worden sei. Der Verlauf depressiver Störungen sei überdies naturgemäss schwankend. Diesbezüglich listete er auch die vorgängigen psychiatrischen Beurteilungen auf, welche den schwankenden Verlauf aufzeigten. Für die Beurteilung der Frage, ob eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, stützte sich Dr. D.____ hingegen vornehmlich auf den letzten Arztbericht von Prof. E.____ und Psychologin F.____ vom 13. November 2018.

7.4 Aus deren Bericht geht hervor, dass die Versicherte seit Mai 2017 in ihrer Behandlung sei und alle 1 bis 2 Wochen an einer Therapiesitzung teilnehme. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1; diagnostiziert am 17. Mai 2017) und eine

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittlere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11; diagnostiziert am 4. Oktober 2018) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; diagnostiziert am 4. Oktober 2018). Aufgrund der Multimorbidität und der Chronifizierung des klinischen Bildes müsse damit gerechnet werden, dass die Versicherte auch weiterhin unter Schmerzen und gesundheitlichen Problemen leiden werde, welche ihr psychisches Befinden belasten und sie in ihrem Alltag beeinträchtigen würden. Die Schmerzen und Schlafstörungen wirkten sich sehr erschöpfend aus. Die Versicherte sei dadurch in ihrem Funktionsniveau äusserst eingeschränkt. Bezüglich der psychischen Symptomatik beständen umfassende Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, eine stark eingeschränkte Stresstoleranz, Depressivität, Ängstlichkeit und Hoffnungslosigkeit. Die Versicherte ermüde schnell und sei oft überfordert. Dies beeinträchtige sie auch in der therapeutischen Arbeit, die für sie sehr anstrengend sei. Die Komorbidität von Schmerz- und depressiver Störung erschwere die Situation. Wegen der Schmerzen und der gesundheitlichen Einschränkungen könne sie einer körperlichen Tätigkeit nicht mehr nachgehen. Durch die schweren Konzentrationsstörungen seien die Möglichkeiten einer körperlich weniger belastenden Tätigkeit ebenfalls massiv eingeschränkt. Die Psychodiagnostik bezüglich kognitiver Leistungen (Leistungstestung vom 26. Juni und 9. Juli 2018) habe eine unterdurchschnittliche Gedächtnisleistung und Konzentrationsfähigkeit, ein unterdurchschnittliches Arbeitstempo sowie eine unterdurchschnittliche Sorgfalt in der Aufgabenausführung ergeben. In Bezug auf die nonverbale Intelligenz resultierte eine intellektuelle Leistungsfähigkeit im niedrigen Durchschnittsbereich.

7.5 Dr. D._____ stellte dazu in seinem Gutachten vom 13. Mai 2019 fest, dass im Rahmen der aktuellen Untersuchung keine kognitiven Einschränkungen bei der Versicherten hätten festgestellt werden können. Namentlich bewege sie sich ohne Schwierigkeiten im öffentlichen Raum und sei in der Lage gewesen, in ihre Heimat zu reisen. All dies schliesse eine kognitive Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus. Zum jetzigen Zeitpunkt liege ein leichtes depressives Zustandsbild vor. Bei der Untersuchung hätten keine Konzentrations-, Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen festgestellt werden können. Der Gedankengang sei auch nicht eingeeengt gewesen. Sie sei nicht hoffnungslos, nicht ängstlich und habe auch nicht über Schuldgefühle geklagt. Der Antrieb sei leicht vermindert gewesen. Im Vergleich zur Einschätzung vom 13. November 2018 habe sich das depressive Zustandsbild in der Zwischenzeit gebessert. Im Längsschnitt liege eine gewisse Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor. Sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer angepassten könne die Versicherte während 6-7 Stunden anwesend sein. Dabei bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund der depressiven Verstimmungen und des verminderten Antriebes. Ab Datum der Untersuchung sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. In Bezug auf die bisherigen ärztlichen Einschätzungen sowie auf die retrospektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit seien die ärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in den letzten Jahren schwankend. Es seien Arbeitsfähigkeiten zwischen 0 % und 100 % attestiert worden. Rückwirkend könnten somit keine verlässlichen Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Es könne einzig festgehalten werden, dass aus heutiger psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bestehe.

7.6 Abgesehen davon, dass die Schlussfolgerung von Dr. D.____, dass die Beschwerdeführerin nicht unter kognitiven Einschränkungen leide, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, weil sie in der Lage sei, sich draussen zu bewegen und fähig gewesen sei, im Jahr 2017 in ihre Heimat zu reisen, wenig aussagekräftig ist, hat der Gutachter verkannt, dass es nicht in erster Linie um eine retrospektive prozentgenaue Bewertung der Arbeitsfähigkeiten geht, sondern darum, den Verlauf der psychiatrischen Erkrankung zu analysieren und zu beurteilen, ob sich eine wesentliche Veränderung dieser eingestellt hat. Indem er lediglich feststellte, dass im Vergleich zur Situation gemäss Bericht vom 13. November 2018 im Zeitpunkt der Untersuchung von einer leichten Episode der rezidivierend verlaufenden depressiven Störung auszugehen sei, und gestützt auf diese Momentaufnahme eine Verbesserung des Gesundheitszustandes attestierte, ohne den gesamten Verlauf miteinzubeziehen, wird er der Beschwerdeführerin nicht gerecht. Eine solche isolierte Betrachtungsweise darf nicht ausschlaggebend sein für die Wertung der Gesamtsituation, weder retrospektiv noch für die Zukunft, namentlich, wenn - wie hier - ein jahrelanger Verlauf dokumentiert ist.

7.7 Unbestritten ist, dass die Versicherte seit Jahren unter depressiven Störungen unterschiedlichen Ausmasses leidet. Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie stellte im Jahr 2000 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) fest und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. Bericht vom 29. September 2000). Dr. C.____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 11. Februar 2008 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ohne relevante komorbide, insbesondere affektive Begleitsymptomatik und attestierte eine volle Arbeitsfähigkeit. Der Psychiater Dr. med. H.____ ging im Jahr 2010 von einer rezidivierenden depressiven Störung aus, welche eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte (vgl. Bericht vom 17. Mai 2010). Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung wurde seither laufend bestätigt. So stellte Dr. C.____ anlässlich seiner Begutachtung im Jahr 2013 fest, dass den seit der Vorbegutachtung im Jahr 2008 vorliegenden Arztberichten durchgehend eine depressive Symptomatik zu entnehmen sei, ohne dass es zu einer einschneidenden Rückbildung oder gar Remission der Depression gekommen wäre, die Störung also seit 2010 einen chronischen Verlauf genommen habe. Diese Aussage erfolgte in Kenntnis, dass es im Jahr 2011 zu einer kurzzeitigen Remission gekommen war (vgl. Gutachten von Dr. C.____ vom 31. Dezember 2013, S. 7). Die Besserung war jedoch offenbar nicht von Dauer, weshalb Dr. C.____ von einem chronischen Verlauf sprach und eine mittelgradige Ausprägung der depressiven Störung und eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % feststellte. Zur Prognose führte er an, dass unter anderem der langjährige rezidivierende Verlauf, die Komorbidität einer Schmerz- und depressiven Störung sowie die geringe Introspektionsfähigkeit die Erfolgchancen einer psychotherapeutischen Behandlung als limitiert erscheinen lassen würden. Im weiteren Verlauf wechselten sich mittel- und leichtgradige Episoden der depressiven Störung ab. Im Jahr 2015 folgte ein stationärer Aufenthalt vom 23. Januar 2015 bis 21. Februar 2015 wegen einer mittelgradigen depressiven Episode (vgl. Bericht vom 29. Mai 2015). Gemäss Konsiliarbericht der I.____ litt die Versicherte im November 2016 erneut unter einer mittelgradigen Episode der rezidivierenden depressiven Störung (vgl. Bericht vom 7. November 2016). Med. pract. J.____, welcher die Versicherte im Jahr 2017 betreute, diagnostizierte zum Zeitpunkt der Untersuchung im Mai 2017 nunmehr eine gegenwärtig leichte Episode (vgl. Bericht vom 17. Mai 2017). Am 4. Oktober 2018 wurde erneut eine mittelgradige Episode der rezidivierenden depressiven Störung sowie eine chronische Schmerzstörung

mit somatischen und psychischen Faktoren seitens Prof. E.____ und Psychologin F.____ diagnostiziert (vgl. Bericht vom 13. November 2018). Ferner war die Versicherte vom 11. Oktober 2018 bis 26. Oktober 2018 zur Behandlung des generalisierten Schmerzsyndroms stationär im K.____, wo neben der chronischen Schmerzstörung auch der Verdacht auf eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode geäußert wurde (vgl. Bericht vom 26. Oktober 2018).

7.8 Der Verlauf zeigt klar, dass sich leicht- und mittelgradige Episoden der rezidivierenden depressiven Störung abwechseln und dies seit Jahren, wobei die mittelgradigen Episoden überwiegen. Zu einer Remission ist es seit 2011 nicht mehr gekommen. Mit Dr. C.____ ist von einer Chronifizierung auszugehen. Die Feststellung von Dr. D.____, dass zum Zeitpunkt seiner Untersuchung eine leichtgradige Episode gegeben war, passt ohne Weiteres ins Krankheitsbild. Eine substantielle neue Krankheitssituation wird damit aber nicht beschrieben. Die Würdigung des medizinischen Sachverhalts lässt vielmehr den Schluss zu, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten bei unveränderter Diagnose weder verbessert noch verschlechtert hat, sondern von einem gleichbleibenden, chronischen Zustand auszugehen ist; mithin von einer rezidivierenden depressiven Störung mit überwiegend mittelgradigen Episoden sowie einer Schmerzstörung.

7.9 Diesbezüglich ist auch auf die ausführliche Stellungnahme von Prof. E.____ und Psychologin F.____ vom 11. November 2019 zum Gutachten von Dr. D.____ vom 13. Mai 2019 zu verweisen. Der Schweregrad der vorliegenden rezidivierenden depressiven Störung sei im Längsschnitt als mindestens mittelschwer einzuschätzen. Dies habe im Behandlungsverlauf mehrfach anhand des beobachtbaren klinischen Bildes eruiert und objektiviert werden können. In den Einzelgesprächen habe sich eine seit Jahren chronifizierte Depression gezeigt, die durch die multilokalen körperlichen Erkrankungen und Schmerzen aufrechterhalten werde. Testpsychologisch sei am 4. Oktober 2018 eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert worden wie auch am 8. Oktober 2019. Darüber hinaus seien Diagnose und Schwere der rezidivierenden Störung fremdanamnestisch gesichert. Die klinische Einschätzung von Dr. D.____, dass bei der Versicherten eine nur leichte depressive Episode vorliege, beruhe auf einem momentanen Querschnittsbefund in einer Phase, als sie gerade von der Schwangerschaft ihrer Schwiegertochter erfahren habe, worüber sie sich sehr gefreut habe, da Sohn und Schwiegertochter seit Jahren vergeblich auf eine Schwangerschaft gehofft hätten. Dieses Ereignis habe vorübergehend zu einer kurzen Aufhellung der Stimmung geführt, jedoch nicht zu einer Teilremission der Depression. Ein entscheidender aufrechterhaltender Faktor der rezidivierenden depressiven Störung bestehe in den chronischen Schmerzen und dem schlechten körperlichen Gesundheitszustand. Ferner würden die durchaus Vulnerabilität fordernden kritischen Lebensereignisse als Chronifizierungsgrundlage der rezidivierenden mittelschweren Episoden dienen, die Dr. D.____ verneine, die aber aus der längsschnittlichen wiederholten Exploration konsistent als gegeben betrachtet werden müssten. Im Gegensatz zur Einschätzung von Dr. D.____, dass bei der Versicherten keine Affektlabilität (Stimmungsschwankung) im Kontext der Trauer um die Totgeburt im Jahr 2000 bestände, könnten sie häufig beobachten, dass der beschriebene depressogene Schuldkomplex als entscheidender Vulnerabilitätsfaktor zu begreifen sei und bei erhöhter psychosozialer Stressbelastung sehr schnell zur Affektlabilisierung sowie verstärkten Schmerzwahrnehmung und dies wiederum in die depressive Abwärtsspirale führen könne. Der Auffassung von Dr. D.____, dass

das IV-Begehren massgeblich der subjektiven Krankheitsüberzeugung der Versicherten in den letzten 20 Jahren geschuldet sei, sei entgegenzuhalten, dass die Versicherte eine Vielzahl von körperlichen Erkrankungen, Operationen und Belastungsfaktoren aufweise und dass über die ganze Zeit hinweg das Ganzkörperschmerzsyndrom bestanden und die Versicherte wiederholt ein depressives Rezidiv erlitten habe. Schliesslich sei zu bemerken, dass die Tatsache, dass die Versicherte leichtere Arbeiten im Haushalt ausführe, eine sehr gute Beziehung zu ihren Kindern und Enkelkindern habe und diese pflege sowie öffentliche Verkehrsmittel benutze, um ihre Therapien wahrzunehmen, nicht in Widerspruch zu einer rezidivierenden depressiven Episode mittleren Grades stehe. Des Weiteren treffe es nicht zu, dass sie im Jahr 2017 ohne Schwierigkeiten alleine in ihre Heimat gereist sei. Da ihr Ehemann nicht habe mitreisen können, sei sie vom Flughafenpersonal begleitet worden. Ihr Bruder habe sie dann heimbegleitet und beim Rückflug extra einen Umweg in Kauf genommen. Das Bild, dass die Versicherte ein unbeschwertes, aktives Alltagsleben führe, in dem sie ohne Probleme Heimatreisen unternehme, während sie gleichzeitig keine Motivation habe zu arbeiten, entspreche nicht der lebensweltlichen Realität der Versicherten, die im Gegenteil ihre frühere Funktionsfähigkeit sehr vermisse. Die funktionalen Einschränkungen beruhten auf einem komplexen, chronifizierten und komorbiden Krankheitsgeschehen, für welches die Versicherte 1999 und 2013 zurecht eine IV-Rente von 100 % bzw. 50 % erhalten habe. Diese seien wegen einer mittelgradigen Depression und einer Fibromyalgie ausgesprochen worden. Heute bestehe immer noch dasselbe Krankheitsbild.

7.10 Gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Gutachtens sprechen neben der mangelnden Würdigung des Krankheitsverlaufs noch weitere Faktoren. So fehlt eine Auseinandersetzung mit der Frage der Komorbidität der chronischen Schmerzstörung und der rezidivierenden depressiven Störung. Dass sich diese beiden Störungen gegenseitigen beeinflussen, liegt nahe. Dr. D.____ erkannte zwar, dass sowohl die Diagnose rezidivierende depressive Störung als auch die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Über Ausmass oder Wirkung der chronischen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit bzw. über mögliche Wechselwirkungen der gestellten Diagnosen äusserte er sich dagegen nicht im Detail, sondern stellte einzig fest, dass die depressiven Verstimmungen die Versicherte an einem adäquaten Umgang mit ihren Beschwerden hinderten. Diese Aussage lässt jedoch kaum Rückschlüsse auf den Einfluss der Störungen in Kombination auf die Leistungsfähigkeit zu. Zu den Aussagen in den verschiedenen Arztberichten zu dieser Thematik schweigt er. Dr. C.____ prognostizierte in seinem Gutachten vom 31. Dezember 2013, dass der langjährige rezidivierende Verlauf und die Komorbidität der Schmerz- und depressiven Störung sowie die geringe Introspektionsfähigkeit die Erfolgschancen einer Behandlung als limitiert erscheinen liessen. Dem Bericht des L.____ vom 5. Oktober 2018 ist zu entnehmen, dass aktuell die Symptome der Fibromyalgie, der Depression sowie der degenerativen Veränderungen in Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten im Vordergrund ständen. Weiter geht aus dem Bericht von Prof. E.____ und Psychologin F.____ vom 13. November 2018 in Bezug auf die Wechselwirkungen hervor, dass die Komorbidität von Schmerz- und depressiver Störung sich erschwerend auf die Therapiearbeit auswirke. Das Gutachten von Dr. D.____ vom 15. Mai 2019 erweist in diesem Punkt als unvollständig.

7.11 Weiter ist die Feststellung von Dr. D.____, dass keine einschneidenden Erlebnisse der Versicherten zu verzeichnen seien, nicht korrekt. So erlitt die Versicherte im Jahr 2000 eine Totgeburt. Im Januar 2013 starb ihr geliebter, älterer Bruder 55-jährig nach einer Knieoperation und im Jahr 2017 ihr junger Cousin. Überdies musste sie sich zahlreichen Eingriffen unterziehen. Inwieweit diese Ereignisse den psychischen Zustand der Versicherten noch prägen, wäre zumindest zu diskutieren gewesen.

7.12 Schliesslich steht noch die Frage der Medikation im Raum. Dr. D.____ führte zu diesem Thema aus, dass die Versicherte keine Antidepressiva einnehme. Gemäss ihren Angaben seien einige Versuche unternommen worden, wegen Nebenwirkungen jedoch abgebrochen worden. Diese Aussage trifft zwar zu, gründet jedoch einzig auf die subjektiven Angaben der Versicherten und kann in dieser Form den Eindruck erwecken, dass sie leichtfertig auf eine Therapie verzichtet hat. Dabei lassen sich die Unverträglichkeiten und Neueinstellungen der antidepressiven Medikation mit verschiedenen Arztberichten einfach belegen wie beispielsweise mit dem Bericht von Dr. H.____ vom 17. Mai 2010, dem Austrittsbericht vom 29. Mai 2015 und dem Bericht von pract. med. J.____ vom 17. Mai 2017. Ferner geht aus dem Bericht von Prof. E.____ und Psychologin F.____ vom 13. November 2018 hervor, dass die Versicherte das Medikament Redormin einnehme. Mit Schreiben vom 6. Februar 2020 führte F.____ sodann zusammenfassend aus, dass gemäss den Vorberichten sowie im Verlauf der Behandlungen verschiedene antidepressive Präparate ausprobiert worden seien. Es sei wiederholt zu Unverträglichkeiten gekommen. Im Januar 2018 sei nochmals ein Versuch mit Cymbalta unternommen, wegen Nebenwirkungen jedoch wieder sistiert worden. Seit November 2019 nehme die Versicherte Remeron. Dieser letzte Bericht ist zwar erst nach dem Gutachten von Dr. D.____ eingegangen. Es wäre jedoch ein Leichtes gewesen, einen aktuellen Bericht über die Medikation bei den behandelnden Fachpersonen einzuholen. Mit den dokumentierten Bemühungen, eine verträgliche antidepressive Therapie zu finden, entsteht ein ganz anderes, objektives Bild zum Thema Medikation, als das durch Dr. D.____ vermittelte, subjektiv geprägte.

8. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die gutachterliche Schlussfolgerung einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten nicht überzeugt. Bei der Beurteilung der Thematik bleibt Dr. D.____ an der Oberfläche und lässt wichtige Fragen unbeantwortet. So fehlt eine retrospektive Auseinandersetzung mit der Krankengeschichte sowie eine Beurteilung der Wechselwirkungen zwischen der rezidivierenden depressiven Störung und der Schmerzstörung. Ferner wird das Thema Medikation nur kurz mit den Worten der Versicherten wiedergegeben, ohne ihre Aussage mittels den vorhandenen Berichten zu überprüfen, was ohne grossen Aufwand möglich gewesen wäre und ein objektives Bild der Situation beschrieben hätte. Schliesslich verneint der Gutachter einschneidende Erlebnisse, ohne dies zu erklären, obwohl in früheren Berichten darauf Bezug genommen wird. Der Gutachter lässt somit die notwendige Sorgfalt vermissen, die für ein beweiskräftiges Gutachten unabdingbar ist. Folglich kann darauf nicht abgestellt werden. Der medizinische Sachverhalt ist durch die anderen in den Akten vorhandenen Unterlagen gut dokumentiert und lässt ein schlüssiges Bild des Krankheitsverlaufs zu. Gestützt darauf ist von einem unveränderten Gesundheitszustand mit einer Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Weitere Abklärungen dazu sind nicht notwendig. Die Rentenaufhebung erweist sich somit als unzulässig, weshalb die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 7. Januar 2020 aufzuheben ist.

9.1 Es 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. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind.

9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Versicherten hat trotz Aufforderung keine Honorarnote eingereicht. Das Honorar wird deshalb ermessensweise auf Fr. 3'050.-- (12 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von pauschal Fr. 50.--) festgesetzt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die angefochtene Verfügung vom 7. Januar 2020 wird aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente hat.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.
 3. Die IV-Stelle Basellandschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'050.-- (inkl. Auslagen) auszurichten.

Vermerk eines allfälligen Weiterzugs

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