



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 27. April 2017 (720 17 16 / 96)

Invalidenversicherung

Würdigung der Arztberichte und Gutachten

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

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

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1955 geborene A.____ war vom 4. Januar 1993 bis 31. Januar 2015 bei der H.____ AG tätig. Am 3. Juni 2015 meldete sich A.____ unter Hinweis auf psychische Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und der erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 30. November 2016 das Rentenbegehren ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokatin Monica Armesto, am 16. Januar 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die IV-Stelle zu verpflichten, ihr mit Wirkung ab dem 1. Juni 2015 eine ganze Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100 % auszurichten; unter o/e Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 25. Januar 2017 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihrer Eingabe eine Beurteilung von Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, vom 20. Januar 2017 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 im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 16. Januar 2017 ist demnach einzutreten.

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

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7

Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

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

3.2.1 Zu beachten ist sodann, dass das Bundesgericht im Leiturteil BGE 141 281 ff. seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 140 V 13 f. E. 2.2.1.3) revidiert hat. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann danach weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Auch künftig wird der Rentenanspruch – in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) – anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht eine medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes trägt das Bundesgericht der seit längerem namentlich aus medizinischer, aber auch aus juristischer Sicht an der bisherigen Schmerzrechtsprechung geäusserten Kritik Rechnung und hält an der Überwindbarkeitsvermutung nicht weiter fest. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

3.2.2 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den genannten Gesundheitsschäden beachtlichen Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert: Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel "Gesundheitsschädigung". Darunter sind die Ausprägung

der diagnoserelevanten Befunde, der Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und die Komorbiditäten zu würdigen. Im zweiten, die "Persönlichkeit" betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt, und es sind die persönlichen Ressourcen des Versicherten zu eruieren. Im dritten Indikatoren-Komplex schliesslich ist unter dem Titel "Sozialer Kontext" eine Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds vorzunehmen. Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die "Konsistenz" zu prüfen. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien wie die Indikatoren einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und eines behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 296 ff. E. 4).

3.2.3 Zwar hatten die Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahin gehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und – in der Folge – Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektiverer Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und damit vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität nur begründen, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 308 E. 6).

4.1 Nach 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.

4.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt

sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

5. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. In der vorliegenden Angelegenheit ist strittig, ob die vorhandene medizinische Aktenlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausreichend ist.

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

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

5.3 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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5).

5.3.1 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).

5.3.2 Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.3.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

6. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liegen im Wesentlichen folgende ärztlichen Unterlagen vor:

6.1 Im Bericht der C._____ vom 23. Mai 2014 sind als Diagnosen eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F60.6) sowie eine arterielle Hypertonie aufgeführt. In der Beurteilung wird festgehalten, die Versicherte zeige deutliche interaktionelle Auffälligkeiten, die sich in Form von anklammerndem Verhalten, gesteigerten Trennungsängsten, einem geringen Selbstbewusstsein und einem mangelnden Durchsetzungsvermögen zeigen würden und sich aufgrund ihrer Persistenz im biographischen Längsschnitt mit der Diagnose einer ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung in Übereinstimmung bringen liessen.

6.2 Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt mit Arztbericht vom 14. Februar 2015 zu Händen der Krankenversicherung als Diagnose eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (ICD 10 F41.2) bei vorbestehender phobischer Störung (ICD 10 F.40) fest. Die Beschwerdeführerin neige seit vielen Jahren zu Ängstlichkeiten und Angstanfällen mit psychosomatischen Herzbeschwerden, die vom langjährigen Hausarzt Dr. med. E._____, FMH Allgemeinmedizin, behandelt worden seien und später auch in den Psychiatrischen Diensten Baselland mit Hilfe von Dolmetschern. In der ersten Konsultation bei ihr im Ok-

tober 2014 habe die ängstlich-depressive Reaktion nach der im Juni angeblich wegen Personalreduktion erfolgten Kündigung im Vordergrund gestanden. Hauptsymptome seien depressive Stimmung, Schlafstörungen mit wiederkehrenden Albträumen betreffend die Arbeitsstelle, eine starke Zunahme der vorbestehenden allgemeinen Ängstlichkeit und Selbstunsicherheit und von verschiedenen phobischen Ängsten gewesen. Sie habe sich nicht allein aus dem Haus getraut und habe einige Male von der Tochter zu ihr begleitet werden müssen. Jetzt sei die Versicherte in der Lage, allein zu ihr zu kommen und habe etwas Abstand von der traumatisierenden Kündigung gewonnen. Zur Zeit und bis auf weiteres sei sie für Erwerbstätigkeiten arbeitsunfähig. Die vom Hausarzt eingeleitete medikamentöse Therapie mit Deanxit und Concor habe sich gut bewährt. Dazu würden regelmässige psychiatrische Gespräche geführt.

6.3 Mit Bericht vom 28. Februar 2016 führte Dr. D.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD 10 F33.10), bestehend seit Juni 2014, Agoraphobie mit Panikstörung (ICD 10 F40.01), seit mehreren Jahren, Verschlechterung seit Juni 2014, ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F60.6). Die Versicherte zeige eine ängstlich-depressive Stimmungslage mit psychomotorischer Unruhe. Inhaltlich würden ihre Gedanken um ihre allgemeine Ängstlichkeit und ihre Angst vor allen neuen Ereignissen kreisen. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % sowohl in ihrer früheren Tätigkeit wie in alternativen Tätigkeiten seit Juni 2014. Die Prognose sei ungünstig.

6.4 Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nahm mit Gutachten vom 23. März 2016 zu Händen der I.____ Stellung. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hält Dr. F.____ eine (Akten-)anamnestisch generalisierte Angststörung (ICD 10 F41.1) fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gibt er differentialdiagnostisch eine aktenanamnestisch ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F60.6), eine differentialdiagnostische Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD 10 F68.0), eine aktenanamnestisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig weitgehend remittiert (ICD 10 F33.4) sowie anamnestisch eine spezifische Phobie (insbesondere Fahrstuhl fahren; ICD 10 F40.2) an. In seiner zusammenfassenden Beurteilung führt Dr. F.____ aus, gegenwärtig sei eine weitgehend remittierte depressive Episode, aktenanamnestisch im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD 10 F33.4) feststellbar gewesen. Ein sogenanntes „somatisches Syndrom“ habe nicht festgestellt werden können. Die Prognose einer depressiven Episode sei bei Inanspruchnahme angemessener medizinischer Massnahmen grundsätzlich „gut“, die gegenwärtig stattfindende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung etwa einmal pro Monat sei diesem Störungsbild grundsätzlich angemessen. Weiter sei eine generalisierte Angststörung (ICD 10 F41.1), aktenanamnestisch bestehend seit ca. 10 Jahren, zu erwähnen, welche möglicherweise im Zusammenhang mit einer beruflichen Umstrukturierung dekompenziert sei. Die Beschwerdeschilderung der Versicherten sei trotz mehrfacher Nachfrage im Hinblick auf die Ausprägung und die wahrgenommenen Symptome, im Beisein einer Dolmetscherin, vage und ausweichend geblieben, was erstaune und Zweifel am Ausmass der beklagten Beschwerden, dies in Kombination mit dem Ergebnis aus der Beschwerdevalidierung mittels SFSS, aufkommen lasse. Aufgrund der Schilderung der Versicherten, dass sie Angst davor habe, einen Fahrstuhl zu benutzen, nachdem sie einmal in einem „eingesperrt“ gewesen sei,

sei formal eine spezifische Phobie (ICD 10 F40.2) zu nennen. Die weitgehend remittierte depressive Episode begründe ebenso wenig eine Arbeitsunfähigkeit wie eine sogenannte Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen. Die Auswirkungen der generalisierten Angststörung, differentialdiagnostisch der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung, würden unter Berücksichtigung des Längsschnittverlaufs, der Angaben in den vorliegenden Akten, aber auch der Ergebnisse der aktuellen Exploration, eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % (von 100 %) in Bezug auf eine Tätigkeit mit erhöhtem zwischenmenschlichem Kontakt, permanentem Zeit- und Termindruck, hohem Publikumsverkehr, Verantwortungsübernahme für Personen sowie Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit begründen. Für Tätigkeiten mit wenig intensivem zwischenmenschlichem Kontakt, wozu die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zu zählen sei, sei hingegen keine Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, dies unter ausdrücklicher Berücksichtigung des Längsschnittverlaufs.

6.5 Mit Schreiben vom 7. Mai 2016 an die G._____ nahm Dr. D._____ Stellung zum Gutachten von Dr. F._____. Sie hielt dazu fest, die mehrmals wiederholte Bemerkung des Gutachters, die Beschreibungen der Versicherten seien vage, ausweichend und ungenau (sie könne nicht erklären, wie sie sich fühle) seien nicht eine Folge von fehlenden Krankheitssymptomen, sondern Ausdruck einer sehr beschränkten Fähigkeit, sich verbal – sogar in der eigenen Muttersprache – auszudrücken, dies bei einer Person mit wenig intellektuellen Ressourcen. In einer Prüfungssituation, wie dies von der Versicherten in der als sehr lange erlebten Gutachtensitzung wahrgenommen worden sei, seien Verunsicherung und Angst besonders stark und die verbale Ausdrucksmöglichkeit noch limitierter als sonst. Auch sei das "demonstrative, appellative und gelegentlich theatralische Verhalten mit Einsetzung von Mimik und Gestik" als Zeichen der ungenügenden verbalen Ausdrucksmöglichkeit zu verstehen und keineswegs als Aggravation oder gar Simulation.

Ein psychologischer Test habe offenbar eine absichtliche Erzeugung oder Übertreibung von körperlichen oder psychischen Symptomen gezeigt. Auch dieser Vorwurf korreliere überhaupt nicht mit den Feststellungen in den therapeutischen Situationen bei ihr und beim Hausarzt. Es handle sich hier offenbar um eine Fehlinterpretation des Gutachters eines psychopathologischen Befundes als Aggravation. Ausserdem entbehre die Bemerkung, die Diskrepanz zwischen Beurteilung des Gutachters und jener der behandelnden Ärzte sei durch die (Über)Identifizierung zu verstehen, jeder Grundlage.

6.6 Der RAD-Arzt Dr. B._____ führte in seinem Bericht vom 9. August 2016 aus, es würden mehrere sich zum Teil erheblich unterscheidende Aussagen zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten vorliegen. Zweifelsfrei bestehe bei der Versicherten seit vielen Jahren ein ängstlich-vermeidendes Verhalten. Dennoch sei sie seit 1993 (und bis 20014) einer Vollzeit-Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin bei der H._____AG nachgegangen. Die von der Versicherten als ungerecht empfundene Kündigung des langjährigen Arbeitsplatzes habe die von verschiedenen Ärzten übereinstimmend beschriebene depressive Symptomatik sicher mit verursacht bzw. erheblich begünstigt. Zu den in den Akten vorliegenden Stellungnahmen von Dr. D._____ sei aus RAD-Sicht festzuhalten, dass die von ihr gestellten Diagnosen zwar grundsätzlich nachvollzogen werden könnten, dass aber von ihrer Seite in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der

Versicherten kaum auf relevante Kontextfaktoren (so z.B. auf das Alter der Versicherten oder etwa auf ihre kaum vorhandenen Kenntnisse der deutschen Sprache) eingegangen werde. Hingegen sei das Gutachten von Dr. F.____ umfassend und nachvollziehbar. Die relevanten Kontextfaktoren wie auch allgemein die Standardindikatoren würden diskutiert. Die Aussagen dieses Gutachtens zur Arbeitsfähigkeit seien aus RAD-Sicht plausibel hergeleitet und könnten nachvollzogen werden.

6.7 Am 25. Oktober 2016 nahm Dr. B.____ an Hand des Gutachtens von Dr. F.____ eine Überprüfung der Standardindikatoren vor und gelangte zum Schluss, dass Dr. F.____ in ausreichender Weise auf diese eingegangen sei.

6.8 Mit Bericht vom 20. Januar 2017 nahm Dr. B.____ Stellung zu den in der Beschwerde gegen das Gutachten von Dr. F.____ vorgebrachten Einwänden. Er hielt insbesondere fest, dass dieser die Ausführungen der Behandler im Hinblick auf die bei der Versicherten bestehenden Ängste ausführlich wiedergegeben und diskutiert habe. Insbesondere sei er ausführlich auf einen Bericht von Dr. D.____ eingegangen, in dem eine leichtgradige Besserung der Ängste der Versicherten beschrieben werde. Auch die gutachterliche Untersuchung bzw. Befragung der Versicherten im Rahmen der Begutachtung gehe ausführlich auf die Frage der bei ihr bestehenden Ängste ein. Wenn die Angaben der Versicherten gegenüber dem Gutachter in dieser Hinsicht offensichtlich teilweise sehr vage geblieben seien, so könne dieser Umstand nicht dem Gutachter angelastet werden. Es könne auch nicht von einem generellen Unvermögen der Versicherten ausgegangen werden, ihre Symptomatik gegenüber dem Gutachter in angemessener Weise darzulegen. Der Gutachter habe auch die Mimik und Gestik der Versicherten nicht als „Aggravation oder gar Simulation“ interpretiert.

7. Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2016 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. F.____ vom 23. März 2016 sowie die Einschätzungen des RAD-Arztes Dr. B.____ vom 9. August 2016. Sie ging demzufolge davon aus, dass weder eine bestehende noch eine drohende Invalidität im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes vorliege und ihr aus medizinischer Sicht eine Tätigkeit wie die zuletzt ausgeübte als Betriebsmitarbeiterin sowie jede andere Tätigkeit ohne erhöhtem zwischenmenschlichem Kontakt, permanentem Zeit- und Termindruck, grossem Publikumsverkehr, Verantwortungsübernahme für Personen sowie Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit ganztags ohne Einschränkungen zumutbar sei. Diese vorinstanzliche Beweismwürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten von Dr. F.____ weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der

Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein, es setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und es vermag in den Schlussfolgerungen zu überzeugen. An dieser Einschätzung ändert auch die Tatsache nichts, dass das Gutachten von Dr. F.____ zu Händen der I.____ und nicht der IV-Stelle erstellt wurde. Zudem werden die Schlussfolgerungen von Dr. F.____ auch von Dr. B.____ bestätigt. Ebenso wenig vermögen die Beurteilungen von Dr. D.____ und Dr. E.____ Zweifel am Gutachten von Dr. F.____ zu begründen. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Schlussfolgerungen sowohl von Dr. D.____ als auch von Dr. E.____ mit Zurückhaltung zu würdigen sind, da der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Zudem ist festzuhalten, dass es sich bei Dr. E.____ nicht um einen Psychiater handelt. Bezüglich den Stellungnahmen von Dr. D.____ hat der RAD-Arzt Dr. B.____ zutreffend ausgeführt, dass die von ihr gestellten Diagnosen zwar grundsätzlich nachvollzogen werden könnten, dass aber von ihrer Seite in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten kaum auf relevante Kontextfaktoren eingegangen worden sei.

In seinem Gutachten vom 23. März 2016 hielt Dr. F.____ in Bezug auf die Beurteilung von Dr. D.____ im Bericht vom 28. Februar 2016 fest, dass im Vergleich zwischen den „angegebenen Beschwerden“ und den von Dr. D.____ genannten erhobenen Befunde auffalle, dass diese in erheblichem Umfang die subjektiven Angaben der Versicherten nenne. Es würden indessen kaum objektive Befunde beschrieben, anhand derer die genannten Diagnosen, etwa eine mittelgradige depressive Episode, nachvollzogen werden könnten. Dies deute darauf hin, dass Dr. D.____ eine kritisch distanzierte Position als neutrale Sachverständige vernachlässige und sich mit der Versicherten „(über)identifiziert“ habe. Weiter erläuterte Dr. F.____, weshalb die gestellten Diagnosen nicht zutreffen bzw. sich nicht im von Dr. D.____ angegebenen Masse auf die Arbeitsunfähigkeit auswirken (S. 38 ff. des Gutachtens). Auch der Vorwurf der Beschwerdeführerin Dr. F.____ sei wegen sprachlichen Unvermögens seitens der Beschwerdeführerin – was sich in übertriebener Mimik und Gestik äussere – zu Unrecht von einer Aggravation ausgegangen, ist nicht stichhaltig. Dr. F.____ hielt im Gutachten fest, die Versicherte habe klar, flüssig und strukturiert kommuniziert. Diese Aspekte seien während der gesamten Exploration stabil geblieben. Weiter führte er jedoch aus, sie habe sich oftmals appellativ, demonstrativ und gelegentlich theatralisch verhalten und dabei auch mehrfach ihre Mimik und Gestik eingesetzt, um das von ihr Gesagte zu „unterstreichen“ (S. 27 des Gutachtens). Auch aus den Vorakten ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin nicht in erster Linie sprachliche Unzulänglichkeiten bestehen. Vielmehr scheint die Beschwerdeführerin aufgrund kognitiver Defizite nicht in der Lage, körperliche Symptome als psychische Problematik zu erkennen. Entgegen dem Vorwurf der Beschwerdeführerin ist Dr. F.____ nicht wegen sprachlicher Probleme oder übertriebener Mimik und Gestik von einer Aggravation ausgegangen. Lediglich im Zusammenhang mit dem SFSS-Test, welcher von der Beschwerdeführerin mit einer Dolmetscherin bearbeitet wurde, hat Dr. F.____ festgehalten, ein absichtliches Erzeugen, resp. Übertreiben körperlicher oder psychischer Symptome („Malingering“) könne durch das Testresultat belegt werden (S. 28 des Gutachtens). Des Weiteren führte der RAD in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2017 zu Recht aus, dass sich Dr. F.____ entgegen dem Vorwurf der Beschwerdeführerin genügend mit dem

Bericht der C.____ vom 23. Mai 2014 (S. 30 - 33 des Gutachtens) – wie im Übrigen auch mit allen anderen vorliegenden relevanten Arztberichten – auseinander gesetzt hat. Die Beschwerdeführerin bringt ausserdem vor, sie habe ihre Stelle verloren, weil die Arbeitgeberin umgezogen sei und dies eine erhebliche Dekompensation ausgelöst habe. Dieser Umstand sei vom Gutachter nicht gewürdigt worden. Auch diesbezüglich führte der RAD zutreffend aus, Dr. F.____ habe im Gutachten ausführlich die Angaben der Versicherten zu ihrer Kündigung wiedergegeben (S. 18 des Gutachtens), auf Seite 30 nochmals den Verlauf zusammengefasst und auch die Ausführungen von Dr. E.____ zu dieser Thematik wiedergegeben (S. 36 des Gutachtens). Damit hat Dr. F.____ den Umständen, die gemäss Beschwerdeführerin zum Stellenverlust geführt haben, genügend Rechnung getragen. Im Übrigen ist auch nicht zu beanstanden, dass Dr. F.____ auf eine Fremdanamnese verzichtet hat, da er die vorliegenden Ausführungen der Behandler, seine persönliche Befragung sowie die bei der Untersuchung und Behandlung gemachten Beobachtungen als genügende Beurteilungsgrundlage erachtete.

Ebenfalls nicht ins Gewicht fällt, dass Dr. F.____ selbst keine explizite Prüfung anhand der Standardindikatoren vorgenommen hat. Gemäss bundesgerichtlicher Praxis ist dies nicht notwendig, vielmehr muss sich aus den medizinischen Unterlagen ergeben, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren (vgl. oben E. 3.2.3). Gestützt auf das Gutachten wurden die relevanten Standardindikatoren durch den RAD-Arzt Dr. B.____ in überzeugender Weise medizinisch gewürdigt. Dabei zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin über genügend Ressourcen verfügt und sie deshalb nicht über die von Dr. F.____ festgestellte Arbeitsunfähigkeit hinaus eingeschränkt ist.

8.1 Gestützt auf die obigen Ausführungen ergibt sich, dass die Vorinstanz zu Recht auf das Gutachten von Dr. F.____ abgestellt hat. Demzufolge ist der Beschwerdeführerin aus medizinisch-theoretischer Sicht die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit im Umfang von 90 % zumutbar. Für Tätigkeiten mit wenig intensivem zwischenmenschlichem Kontakt, wozu die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Betriebsmitarbeitern in der H.____ AG gehört, ist hingegen keine Arbeitsunfähigkeit anzunehmen.

8.2 Da der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin nach dem Gesagten unter 40 % liegt, hat die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2016 einen Rentenanspruch der Versicherten zu Recht abgelehnt. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

9.1 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 200-1000 Franken festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist und bei denen eine Urteilsberatung ohne vorgängige Parteiverhandlung erfolgt, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens seit 1. Juli 2016 einheitlich auf 800 Franken fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Par-

tei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind.

9.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
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. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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