



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 29. Januar 2015 (720 14 301)**

---

**Invalidenversicherung**

**Revisionsweise Aufhebung der Viertelsrente infolge Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten**

---

**Besetzung** Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger,  
Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Christina  
Markiewicz

---

**Parteien** A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Michelle Wahl, Advoka-  
tin, Fischmarkt 12, 4410 Liestal

gegen

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

---

**Betreff** IV-Rente (756.3337.6353.67)

A. Die 1969 geborene A.\_\_\_\_\_ bezieht seit 1. Mai 2001 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung gestützt auf einen mittels Betätigungsvergleichs ermittelten IV-Grad von 41,5% (vgl. Urteil des Kantonsgerichts vom 10. Juli 2002 [2001/227; Nr. 199]). Mit Mitteilungen vom 1. September 2005 und 20. Dezember 2007 wurde die IV-Rente bestätigt. Am 19. Januar 2010 leitete die IV-Stelle eine Revision ein. A.\_\_\_\_\_ machte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend. Die IV-Stelle holte daraufhin ein polydisziplinäres Gutachten bei der B.\_\_\_\_\_ ein. In rheumatologischer Hinsicht erwies sich der Gesundheitszustand als gleichbleibend, in psychiatrischer Hinsicht wurde eine Verbesserung festgestellt. Die Gutachter attestierten eine volle Arbeitsfähigkeit (Gutachten der B.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2011). Mit Vorbescheid vom 11. Oktober 2011 kündigte die IV-Stelle die Aufhebung der IV-Rente an. Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Erik Wassmer, Einwand und beantragte mit Eingabe vom 10. November 2011 mit Verweis auf die Berichte der behandelnden Ärzte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom 25. Oktober 2011 und Dr. med. D.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Oktober 2011 sowie auf das Arztzeugnis der Klinik Sonnenhalde vom 4. November 2011 eine ganze IV-Rente. Die IV-Stelle kam gestützt auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss, dass mit der Hospitalisation in der Klinik F.\_\_\_\_\_ ein Grund vorliege, den Revisionsentscheid aufzuschieben. Vom 7. November 2011 bis 30. März 2012 besuchte A.\_\_\_\_\_ die Tagesklinik der G.\_\_\_\_\_. Die IV-Stelle holte in der Folge ein Gutachten bei Dr. med. H.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein, um zu klären, ob sich der psychische Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit seit der Untersuchung bei der B.\_\_\_\_\_ verändert habe. Mit Gutachten vom 21. Juni 2012 stellte Dr. H.\_\_\_\_\_ fest, dass der psychische Gesundheitszustand seit der Beurteilung der B.\_\_\_\_\_ als stationär bezeichnet werden könne und attestierte ebenfalls eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Gemäss Abklärungsbericht Haushalt vom 11. April 2011 konnte auch keine Einschränkung mehr im Haushalt festgestellt werden. Vom 19. Juni 2012 bis 9. August 2012 und vom 14. April 2014 bis 30. April 2014 wurde A.\_\_\_\_\_ erneut in der Klinik F.\_\_\_\_\_ behandelt.

Mit Verfügung vom 29. August 2014 hob die IV-Stelle nach Durchführung eines erneuten Vorbescheidverfahrens gestützt auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2012, welches im Wesentlichen mit dem Gutachten der B.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2011 übereinstimmt, die IV-Rente revisionsweise auf.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Advokatin Michelle Wahl, Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Sie beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente. Sie machte geltend, dass auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2012 nicht abgestellt werden könne. Insbesondere sei es nicht in Kenntnis von allen relevanten medizinischen Berichten ergangen. Weiter habe es die IV-Stelle versäumt, die Auswirkungen der körperlichen Beschwerden auf den psychischen Gesundheitszustand umfassend abzuklären. Es fehle vor allem an einer neurologischen Abklärung. Weiter seien bezüglich der somatoformen Schmerzstörung die

Försterkriterien erfüllt. Nicht zuletzt sei die Haushaltsabklärung veraltet. Es sei unberücksichtigt geblieben, dass sich der Gesundheitszustand des Ehemannes drastisch verschlechtert habe. Es fehle auch an einer fachpsychiatrischen und neurologischen Beurteilung der einzelnen Positionen des Haushaltsabklärungsberichts unter dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit. Unter den gegebenen Umständen erweise sich die Aufhebung der IV-Rente als nicht gerechtfertigt. Die Versicherte sei sowohl im beruflichen Bereich als auch im Aufgabenbereich Haushalt und Kinderbetreuung als nicht arbeitsfähig einzustufen.

C. Mit Vernehmlassung vom 25. November 2014 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Aus beiden Gutachten gehe hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten massgeblich gebessert habe und die Versicherte voll arbeitsfähig sei. Sowohl der psychiatrische Gutachter der B.\_\_\_\_, Dr. med. I.\_\_\_\_, als auch Dr. H.\_\_\_\_ hätten sich mit den abweichenden Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. Eine weitere neurologische Abklärung sei nicht indiziert. In Bezug auf den Haushaltsabklärungsbericht sei anzumerken, dass der Ehemann gemäss Austrittsberichte der J.\_\_\_\_ vom 26. März 2013 und 9. Mai 2014 in stabilem Zustand entlassen worden sei. Aufgrund der gutachterlich festgestellten Fähigkeit der Versicherten, den Haushalt führen zu können, hätten selbst allfällige gesundheitliche Probleme des Ehemannes keinen entscheidenden Einfluss auf die Bereiche im Haushalt.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die IV-Stelle zu Recht von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen ist und die IV-Rente aufgehoben hat.

1.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000). Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] vom 19. Juni 1959, Art. 3 und 4 ATSG).

1.3 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).

1.4 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist.

1.5 Die Bemessung der Invalidität von Teilerwerbstätigen erfolgt nach Art. 28a Abs. 3 IVG. Danach wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Danach wird der IV-Grad aufgrund eines Einkommensvergleichs bestimmt. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität 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). Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen.

2. Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin heute ohne Invalidität zu 50% im erwerblichen Bereich und zu 50% im Haushalt tätig wäre. Folglich wird der IV-Grad neu nicht mehr mittels Betätigungsvergleichs, sondern anhand der gemischten Bemessungsmethode zu beurteilen sein.

3. Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes sich erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1

ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des IV-Grades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108 ff.).

4.1 Es stellt sich die Frage, ob das psychiatrische Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2012 den beweisrechtlichen Anforderungen genügt und darauf abgestellt werden kann. Der Gutachter kam in Übereinstimmung mit den Gutachtern der B.\_\_\_\_ zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit oder in einer Verweistätigkeit voll arbeitsfähig sei. Die Versicherte macht dagegen geltend, dass Dr. H.\_\_\_\_ ihre gesundheitliche Situation und die Arbeitsfähigkeit nicht richtig beurteilt habe und verweist auf die Berichte der behandelnden Ärzte, insbesondere auf diejenigen von Dr. D.\_\_\_\_ und der Klinik F.\_\_\_\_. Es sei ihr nicht möglich, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit Ausrichtung der Viertelsrente per 1. Mai 2001 (vgl. Beschluss der IV-Stelle vom 3. Februar 2003 und Urteil des Kantonsgerichts vom 10. Juli 2002) in einer anspruchserheblichen Weise verbessert hat.

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien 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 also entscheidend, ob der Bericht 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

4.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Bundesgerichts 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 und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

5.1 Den IV-Grad beurteilte das Kantonsgericht mit Urteil vom 10. Juli 2002 für die Zeit ab 1. Mai 2001 aufgrund eines Betätigungsvergleichs, da die Versicherte angab, ab diesem Zeitpunkt wegen der Geburt ihrer Tochter keiner Erwerbstätigkeit mehr nachzugehen und ermittelte einen IV-Grad von 41,5 %. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit vor diesem Zeitpunkt wies das Gericht die Angelegenheit zur Einholung eines neuen medizinischen Gutachtens an die IV-Stelle zurück, da das Gutachten der K.\_\_\_\_ vom 21. März 2000 nicht in allen Punkten schlüssig sei. Insbesondere sei unklar, ob „eine organische Komponente hinsichtlich allfälliger neuropsychologischer Defizite“ mitspiele. Die Neubeurteilung der Gesundheitssituation nahm die L.\_\_\_\_ vor. Im polydisziplinären Gutachten vom 10. Mai 2004 mit den Disziplinen Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), dissoziative Amnesie (ICD-10: F44.88) bei Verdacht auf Dysfunktion des Familiensystems (ICD-10: Z60.1) sowie leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörungen mit Aufmerksamkeitsstörungen und leichte Störungen der exekutiven Funktionen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach Polytrauma 1976 mit Schädelhirntrauma und Status nach Laparotomie wegen Leberriesses und inneren Blutungen genannt. In der Konklusion kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der psychischen Erkrankung seit 1998 zu 50% in der angestammten Tätigkeit sowie in einer Verweistätigkeit arbeitsunfähig sei. Im Vergleich

zur neuropsychologischen Testung im Rahmen des Gutachtens vom 21. März 2000 zeigten sich in allen Belangen verbesserte Befunde. Aufgrund der aktuellen Testung könne eine neuropsychologische Funktionsstörung nicht vollständig ausgeschlossen werden. Im Vordergrund stehe aber eine schmerz- und psychischbedingte Leistungsminderung. Aktuell würde ein Wiedereingliederungsversuch für die Mutter von zwei kleinen Kindern eine zeitliche und emotionale Überforderung darstellen und die somatoforme Schmerzstörung wie auch die dissoziative Amnesie verschlimmern und weiter chronifizieren. Ohne Therapie und bei unverändert sozialen Verhältnissen sei die Prognose schlecht.

5.2 Im Rahmen des am 19. Januar 2010 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurde die Versicherte in der B.\_\_\_\_ in psychiatrischer, rheumatologischer und internistischer Hinsicht gutachterlich untersucht, um abzuklären, ob der Gesundheitszustand sich seit dem Gutachten der L.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2004 in relevanter Weise verändert habe. Zuvor hatte Dr. D.\_\_\_\_ mit Bericht vom 28. Juni 2010 ausgeführt, dass die Versicherte nach wie vor an den gleichen Symptomen leide, insbesondere an andauernden Schmerzen in den Muskelpartien. Sie sei rasch erschöpft, schlafe schlecht und leide teilweise an Schwindelgefühlen. Es herrsche eine allgemeine Trauer bezüglich der Lebensbedingungen. Das Leiden sei chronisch und werde durch die sozialen Umstände, insbesondere die angespannte finanzielle Situation aufrechterhalten. Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte eine mittelgradige Depression mit somatischen Symptomen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dr. C.\_\_\_\_ hielt als Diagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie einen Verdacht auf eine zunehmende depressive Entwicklung, teilweise mit Suizidgedanken fest. Gemäss seinen Beobachtungen habe sich die Gesamtsituation in den letzten 2 bis 3 Jahren verschlechtert. Vor allem sei die psychische Situation vermehrt in den Vordergrund getreten. Die Arbeitsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt (vgl. Bericht vom 29. März 2010).

5.3 Im Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 5. April 2011 kamen die Gutachter nach Konsensbeurteilung zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen Zügen (ICD-10: Z73.1), ein generalisiertes chronisches unspezifisches Schmerzsyndrom, chronic widespread pain, rezidivierende Kopfschmerzen, ein subklinischer Vitamin D-Mangel sowie einen Status nach Treppensturz am 11. Oktober 1997 und einen Status nach Autounfall in der Kindheit (1976). Aus somatischer Sicht könne die heute geltend gemachte Verschlechterung seit 2004 weder wahrnehmungsmässig noch objektiv untermauert werden. Subjektiv im Vordergrund stünden andauernde Schmerzen hoher Intensität. Die Schmerzangaben seien sowohl in Bezug auf Lokalisation, Intensität und beeinflussende Faktoren vage, diffus und nicht nachvollziehbar. Mehrfach erwähne die Versicherte, dass sie sich die Schmerzen nicht anmerken lasse und versuche, einen normalen Alltag zu leben, was ihr weitgehend gelinge. Diese Fähigkeit spreche jedoch gegen eine wesentliche Einschränkung im Haushalt und Beruf. Der rheumatologische Untersuchungsbefund sei praktisch normal. Für die Schmerzklagen gebe es keine or-

ganische Erklärung. Auffällig sei, dass die Explorandin trotz anhaltender hoher Schmerzintensität derzeit keine Analgetika benötige und ein völlig unbeeinträchtigtes Mobilitätsbild zeige. Damit sei gegenüber den somatischen Vorbefunden aus dem Jahr 2004 eher von einer Verbesserung des Zustandes auszugehen.

Anlässlich der aktuellen psychiatrischen Untersuchung hätten sich erhebliche Anhaltspunkte für ein aggraviorisches Verhalten ergeben. Aufgrund des bizarren Defizitprofils bei detaillierter Prüfung der kognitiv mnестischen Fähigkeiten und der Orientierung müsse am ehestens von einer Simulation ausgegangen werden, denn bei einer derartigen Schwere der Beschwerden wäre es der Versicherten keineswegs möglich, als Hausfrau und Mutter zu funktionieren und sich im Alltag zurecht zu finden. Der wahrnehmbare Leidensdruck sei im Vergleich zu 2000 bzw. 2004 insgesamt jedoch deutlich geringer, was unter anderem auf die stabile und eingespielte familiäre Situation und auch das Grösserwerden der Kinder zurückzuführen sein dürfte. So bestünden auch keine Hinweise auf eine relevante depressive Symptomatik. Insofern könne die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 28. Juni 2010 nicht geteilt werden. Die Versicherte präsentiere in der aktuellen Untersuchung keine für die Diagnose einer Depression notwendigen objektivierbaren Defizite. So müsse bei der Versicherten die Frage nach prinzipieller Überwindbarkeit der beklagten Beschwerde gestellt werden. Die Versicherte habe angegeben, die Symptomatik gut überwinden zu können, indem es ihr beispielsweise gelinge, ungestört an sozialen Anlässen teilzunehmen. Bei den von Dr. D.\_\_\_\_\_ genannten Faktoren (enge finanzielle Situation, Arbeitslosigkeit des Ehemannes) handle es sich allesamt um IV-fremde Faktoren. Die Versicherte sei in ihrem angestammten Beruf einer kaufmännischen Mitarbeiterin voll arbeitsfähig. Für eine leichte bis mittelschwere Verweistätigkeit sowie in der Haushaltsführung bestehe ebenfalls eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Gegenüber den Begutachtungen in den Jahren 2000 und 2004 sei spätestens ab Gutachtenszeitpunkt von einer wesentlichen und medizinisch objektivierbaren Verbesserung der gesundheitlichen Situation auszugehen. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der gänzlichen Invaliditätsüberzeugung der Versicherten nicht zu empfehlen.

5.4 Gemäss Abklärungsbericht Haushalt vom 11. April 2011 wurde keine Einschränkung in der Haushaltsführung festgestellt.

5.5 Mit Vorbescheid vom 11. Oktober 2011 kündigte die IV-Stelle die Aufhebung der IV-Rente an. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der damalige Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 10. November 2011 einen Bericht des behandelnden Psychiaters vom 17. Oktober 2011 sowie ein Schreiben des Hausarztes vom 25. Oktober 2011 ein. Beide Ärzte erachteten die Versicherte nach wie vor aufgrund der psychischen Beeinträchtigung als arbeitsunfähig. Gleichzeitig wurde bekannt, dass sie vom 26. September 2011 bis 4. November 2011 stationär in der Klinik Sonnenhalde behandelt worden war. Dies veranlasste die IV-Stelle mit der Rentenaufhebungsverfügung zuzuwarten und den Austrittsbericht anzufordern.

5.6 Laut Austrittsbericht vom 18. November 2011 wurde die Versicherte durch Dr. D.\_\_\_\_\_ zur stationären Behandlung eingewiesen. Diagnostiziert wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode, eine somatoforme Schmerzstörung sowie ein Verdacht auf eine akzentuierte Persönlichkeit. Die Gefühlslage sei während des Eintrittsgesprächs stark schwankend, zwischen traurig verzweifelt, ärgerlich wütend und klagsam gewesen. Psychomotorisch sei die Versicherte antriebsgesteigert, logorrhöisch und teilweise etwas theatralisch wirkend. Unter medikamentöser Behandlung sei es gelungen, sie etwas zu aktivieren und wieder an eine regelmässige Tagesstruktur zu gewöhnen. Eine leichte Verbesserung der depressiven Symptomatik sei immer wieder vorübergehend durch ablenkende und aktivierende Massnahmen zu beobachten gewesen. Dies sei aber von der Versicherten subjektiv nicht wahrgenommen worden. Aktuell sei die Versicherte 100% arbeitsunfähig.

5.7 Zur ambulanten Behandlung in der Tagesklinik der G.\_\_\_\_\_ vom 7. November 2011 bis 30. März 2012 führte die Oberärztin sowie der Leiter der Tagesklinik im Bericht vom 23. April 2012 an, dass die Versicherte die Angebote der Tagesklinik nur wenig genutzt habe. Sie sei sehr schnell ermüdet und an Bewegungsangeboten habe sie, bedingt durch die angegebenen Schmerzen, nicht teilnehmen können. Während des Aufenthaltes in der Klinik sei sie zu 100% arbeitsunfähig gewesen.

6. Die IV-Stelle beauftrage schliesslich Dr. H.\_\_\_\_\_ mit der psychiatrischen Begutachtung der Versicherten. Gemäss Gutachten vom 21. Juni 2012 konnte er keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Neurasthenie. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei in allen relevanten psychiatrischen Vorberichten gestellt worden und könne aufgrund des aktuellen klinischen Eindruckes bestätigt werden. Des Weiteren sei eine Reihe von psychischen Beschwerden zu nennen, die teils kognitive (Vergesslichkeit, Konzentrationsstörung) und teils affektive Aspekte (keine Lebensfreude, Platzangst, Panikgefühle) beinhalteten. Die Versicherte könne kaum Fakten oder Zeitangaben reproduzieren. Allerdings wirke sie diesbezüglich völlig desinteressiert, weshalb diese Schwäche mehr im Sinne einer intellektuellen Passivität als ein eigentliches Defizit zu werten sei. So sei sie in der Lage gewesen, allein und rechtzeitig von Pratteln mit dem Tram anzureisen, obwohl sie angegeben habe, sich in diesem Stadtteil nicht auszukennen. Eine relevante kognitive Störung liege nicht vor. Ansonsten wäre es ihr unmöglich gewesen, in den vergangenen 13 Jahren zwei Kinder grosszuziehen und den Haushalt zu besorgen. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die Explorandin ihre Kräfte auf die für sie wesentlichen Dinge bündle und anderes ausblende. Der Symptomenkomplex mit vermehrter Müdigkeit und Energielosigkeit, Konzentrationsschwäche, Schwindel, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Unwohlsein, Deprimiertheit, Ängsten sowie leichter kognitiver Schwäche sei diagnostisch einer Neurasthenie zuzuordnen. Für eine zusätzliche depressive Störung beständen dagegen keine Anhaltspunkte. Die Explorandin sei psychomotorisch nicht gehemmt, zeige keine vitale Traurigkeit, weise keine Antriebsschwäche auf und äussere keine Suizidideen. Sie weise einen geregelten Tagesrhythmus auf, habe Freude an

ihren Kindern und scheine auch in ihrer Ehe fest verankert zu sein. Des Weiteren zeige der Serumspegel, dass sie die angegebenen Antidepressiva nicht einnehme. Daraus lasse sich schliessen, dass kein massiver Leidensdruck bestehe. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, welche von der G.\_\_\_\_ und der Klinik F.\_\_\_\_ gestellt worden sei, könne nicht bestätigt werden. Hinsichtlich der Foersterkriterien könne keine psychische Komorbidität genannt werden. Weder liege eine affektive Störung von nennenswertem Ausmass, noch eine Persönlichkeitsstörung noch eine psychotische Entwicklung vor. Es lasse sich auch keine chronische körperliche Begleiterkrankung nennen. Ein umfassender sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen könne nicht bestätigt werden, denn die Explorandin habe Kontakte zu ihren Angehörigen und Freundinnen in der Region. Sie sei offensichtlich auch in der Lage, zu reisen, wenn es notwendig erscheine. Ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht ausgewiesen. Somit seien die Foersterkriterien mehrheitlich nicht erfüllt. Der Versicherten sei folglich ein volles Arbeitspensum zuzumuten. Angesichts der hohen subjektiven Krankheitsüberzeugung seien berufliche Massnahmen nicht durchführbar.

7. Vom 19. Juni 2012 bis 9. August 2012 war die Versicherte erneut zur stationären Behandlung in der Klinik F.\_\_\_\_. Grund war eine schwere depressive Episode. Im Austrittsbericht wurde festgehalten, dass therapeutische Bemühungen durch das zurzeit laufende Rekursverfahren gegen die Aberkennung der IV-Rente behindert würden (vgl. Bericht vom 23. August 2012).

8. Eine dritte stationäre Behandlung in der Klinik F.\_\_\_\_ fand vom 14. April 2014 bis 30. April 2014 statt. Als Diagnosen wurden eine somatoforme Schmerzstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, sowie eine nichtorganische Insomnie genannt. Die Versicherte habe sich durch die stationäre Aufnahme deutlich entlastet gefühlt. Sie habe bei der Teilnahme am multimodalen Therapieprogramm motiviert gewirkt. Wie schon beim Voraufenthalt seien auch dieses Mal die komplexe Schmerzsymptomatik sowie die schwere chronische und auch durch pflegerische Beobachtung objektivierte Ein- und Durchschlafstörung im Vordergrund gestanden. Eine eindeutige depressive Symptomatik habe sich während des stationären Aufenthaltes nicht beobachten lassen. Auffallend seien die schwer fassbaren kognitiven Defizite, insbesondere im Bereich von Zahlen sowie die geklagte Erschöpfbarkeit. Differenzialdiagnostisch liesse sich aufgrund der Vorgeschichte ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma diskutieren. Diesbezüglich könnte eine neuropsychologische Testung sinnvoll sein (vgl. Austrittsbericht vom 2. Mai 2014).

9. RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ sprach sich gegen einen weiteren Test aus. Die Frage nach einem organischen Psychosyndrom sei in den bisherigen Abklärungen hinlänglich diskutiert worden. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine himorganische Schädigung.

10. Die IV-Stelle stütze sich bei der Beurteilung der Frage, ob eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit Verfügung vom 1. Mai 2001 eingetreten sei auf die Gutachten der

B.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2011 und von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2012 und kam zum Schluss, dass eine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation eingetreten und die Versicherte zu 100% arbeitsfähig sei. Eine Einschränkung im Haushaltsbereich liege nicht vor. In somatischer Hinsicht könnten nach wie vor keine spezifischen rheumatologischen Befunde erhoben werden, welche die anhaltende Schmerzproblematik ausreichend erklären würden (vgl. rheumatologisches Fachgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_\_). In psychiatrischer Hinsicht sei weiterhin von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Weder die von Dr. I.\_\_\_\_\_ diagnostizierte Zweitstörung einer Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen Zügen noch die von Dr. H.\_\_\_\_\_ genannte Neurasthenie erfüllten die Anforderungen an eine komorbide Störung von erheblicher Bedeutung. Da sowohl eine depressive Erkrankung als auch die Foersterkriterien zu verneinen seien, gälten die Beschwerden als überwindbar.

11. Unbestritten ist, dass in rheumatologischer Hinsicht keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnose vorliegt. Dagegen erachtet die Versicherte die anhaltende somatoforme Schmerzstörung als invalidisierend.

11.1 Eine anhaltende somatoformen Schmerzstörung gehört nach der Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (vgl. BGE 139 V 547). Diese haben nur ausnahmsweise invalidisierenden, d.h. einen Rentenanspruch begründenden Charakter (Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG; grundlegend BGE 130 V 352). Entscheidend ist, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz ihren subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352, E. 2.2.4). Umstände, die bei Vorliegen eines solchen Krankheitsbildes die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt als unzumutbar erscheinen lassen können, sind: Eine Komorbidität im Sinne eines vom Schmerzgeschehen losgelösten eigenständigen psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer, chronische körperliche Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, sozialer Rückzug, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn), unbefriedigende Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 132 V 65, E. 4.2.2, 130 V 352, E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2010, 9C\_1061/2009, E. 5.4.3.1.1). Umgekehrt sprechen u.a. eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, die Angabe intensiver in der Umschreibung vager Schmerzen oder behauptete schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (BGE 131 V 49 E. 2.1 S. 51; Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2012, 9C\_736/2011, E. 1.1 und vom 13. August 2012, 9C\_302/2012, E. 4.2.1).

12. Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist oder nicht, bilden die fachärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotenzial (BGE 130 V 352 E. 2.2.5). Nicht erforderlich ist, dass sich eine psychiatrische Expertise in jedem Fall über jedes einzelne der genannten Kriterien ausspricht; massgeblich ist eine Gesamtwürdigung der Situation (SVR 2005 IV Nr. 6 S. 21, I 457/02 E. 7.4 mit Hinweis, nicht publ. in: BGE 130 V 396).

13. In Würdigung der ärztlichen Berichte und Gutachten ist festzustellen, dass die Beurteilungen von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ die beweisrechtlichen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen und darauf abgestellt werden darf. Weder die Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen Zügen noch diejenige einer Neurasthenie erfüllen die Voraussetzungen an eine komorbide psychische Störung von erheblicher Schwere und Intensität, weshalb es unerheblich ist, welcher psychiatrischen Zweitdiagnose der Vorzug zu geben ist. Die von Dr. D.\_\_\_\_ mit Berichten vom 28. Juni 2010 sowie vom 17. Oktober 2011 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung schlossen beide Gutachter zum Zeitpunkt der Untersuchung übereinstimmend aus. Die Versicherte hielt sich diesbezüglich zwar vom 26. September 2011 bis 4. November 2011, vom 19. Juni 2012 bis 9. August 2012 sowie vom 14. April 2014 bis 30. April 2014 in der Klinik Sonnenhalde auf. Der erste stationäre Aufenthalt erfolgte wegen einer mittelgradig bis schweren Episode einer rezidivierenden depressiven Störung, der zweite wegen einer schweren und der dritte Aufenthalt wegen einer leichten depressiven Episode, wobei jeweils das Schmerzsyndrom im Vordergrund stand. Die Chronologie der Geschehensabläufe lässt aber vermuten, dass die drohende Aufhebung der IV-Rente mit ausschlaggebend für die jeweilige zwischenzeitliche Verschlechterung des Zustandes der Versicherten und die stationären Aufenthalte war (vgl. Telefonnotiz vom 6. Oktober 2011 sowie Austrittsberichte der Klinik F.\_\_\_\_ vom 18. November 2011 sowie vom 23. August 2012). So erfolgte der erste Aufenthalt nach dem Gutachten der B.\_\_\_\_ und der Haushaltsabklärung, wonach sich eine Aufhebung der IV-Rente abzeichnete. Der zweite Klinikaufenthalt war vier Tage nach der Begutachtung bei Dr. H.\_\_\_\_, welcher sich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten durch die B.\_\_\_\_ anschloss. Der letzte stationäre Aufenthalt erfolgte schliesslich hauptsächlich zur Entlastung bei schwieriger psychosozialer Situation (vgl. Austrittsbericht vom 2. Mai 2014).

Wie es sich damit genau verhält, muss abschliessend jedoch nicht beurteilt werden, denn spätestens ab April 2014 ist lediglich noch von einer leichten depressiven Episode auszugehen, welche nicht als komorbide psychische Störung von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer gewertet werden kann. Die IV-Stelle anerkannte denn auch eine volle Arbeitsunfähigkeit der Versicherten bis nach dem dritten Klinikaufenthalt und richtete die IV-Rente nahtlos aus. Erst mit Verfügung vom 29. August 2014 hob sie diese auf und damit zu einem Zeitpunkt, als keine massgebende depressive Störung mehr bestand.

14. Auch in Bezug auf die Beurteilung der Foersterkriterien äusserte sich Dr. H.\_\_\_\_ klar und überzeugend. Er wie auch Dr. I.\_\_\_\_ erachteten die Kriterien nach einer Gesamtwürdigung mehrheitlich als nicht erfüllt. So berichte die Versicherte selbst, dass sie im Alltag ihre Beschwerden überwinden könne und so normal wie möglich auftrete. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor. Dagegen sei ein chronischer Krankheitsverlauf zu bejahen. Ein umfassender sozialer Rückzug in allen Lebenslagen sei nicht gegeben, denn die Versicherte habe Kontakte zu Angehörigen in der Region und zu Freundinnen. Ein primärer Krankheitsgewinn könne nicht nachgewiesen werden und ein unbewusster Konflikt sei nicht erkennbar.

Aus den verschiedenen ärztlichen Berichten geht überdies hervor, dass das Krankheitsbild stark von psychosozialen Belastungsfaktoren geprägt ist. Diese sind bei der Beurteilung der Überwindbarkeit der Beschwerden ausser Acht zu lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2012, 9C\_302/2012, E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen). Im Ergebnis ist folglich davon auszugehen, dass seit der letzten gutachterlichen Beurteilung im Jahr 2004 von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes auszugehen ist.

15. Daran ändert auch der Einwand der Versicherten nichts, dass das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ ungenügend sei, weil es nicht in Kenntnis aller medizinischen Berichte ergangen sei. Gemäss der Auflistung der ärztlichen Berichte im Gutachten vom 21. Juni 2012 sind alle relevanten Dokumente aufgelistet, insbesondere auch das geltend gemachte Schreiben von Dr. D.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 1999. Somit erfolgte das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ in Kenntnis vollständiger Aktenlage.

16. Weiter macht die Versicherte geltend, dass versäumt worden sei abzuklären, ob eine organische Ursache für die psychischen Probleme in Frage käme. Die kognitiven Defizite seien augenfällig und es fehle insbesondere an einer neurologischen und neuropsychologischen Beurteilung. Dem kann nicht gefolgt werden. Bereits mit neurologischem Untergutachten vom 20. März 2000 der K.\_\_\_\_ wurde festgehalten, dass es für die angegebenen, im geschilderten Masse nicht nachvollziehbaren neuropsychologischen Defizite keine organische Erklärung gebe. Aus rein neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung. Bestätigt wurde diese Einschätzung im Erläuterungsschreiben der K.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2001 zum Gutachten, worin erneut betont wurde, dass weder eine gravierende neuropsychologische Funktionsstörung noch eine organische Hirnerkrankung noch die von Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte organische Persönlichkeitsstörung habe festgestellt werden können. Gemäss neuropsychologischem Gutachten der L.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2004 wurde eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung diagnostiziert. Eine neuropsychologische Funktionsstörung könne zwar nicht vollständig ausgeschlossen werden, im Vordergrund stünden jedoch eine schmerz- und psychischbedingte Leistungsminderung. Während der Anamneseerhebung sei eine Diskrepanz zwischen der von der Patientin angegebenen, stark ausgeprägten Vergesslichkeit bezüglich ihres eigenen Alters und Geburtsdatums, der Geburtsdaten der Kinder und des Ehemannes im Gegensatz zu einer in der Regel schnellen und kohärenten Beantwortung anderer Fragen aufgefallen. Insbesondere

sei der 5-tägige Aufenthalt in der L.\_\_\_\_\_ völlig problemlos verlaufen. Sie sei stets pünktlich zu den Terminen erschienen und habe sich bestens zurechtgefunden. Die klinisch-neurologische Untersuchung zeige keine Auffälligkeiten. Dr. I.\_\_\_\_\_ führte zudem an, dass die vermuteten Diagnosen einer organischen Persönlichkeitsstörung und eines organischen Psychosyndroms keinen Bestand hätten. Die Versicherte habe in der Vergangenheit keine relevanten Hirnverletzungen erlitten, die solche Krankheitsbilder hätten hervorrufen können. Bei den immer noch demonstrierten, bizarren und nicht einer bekannten Störung zuzuordnenden Defiziten handle es sich um eine zumindest bewusstseinsnahe Symptomatik. In diesem Punkt habe sich seit 2004 nichts verändert. Die Diagnosen der organischen Persönlichkeitsstörung und des Psychosyndroms nach Schädel-Hirn-Verletzung, initial durch ihren behandelnden Psychiater gestellt, seien im weiteren Verlauf von ihm auch nicht mehr getragen worden.

Eine organische Ursache für die kognitiven Defizite kann somit aufgrund der bisherigen Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Einzig im Austrittsbericht der Klinik F.\_\_\_\_\_ vom 2. Mai 2014 wird das organische Psychosyndrom wieder als Differenzialdiagnose in Betracht gezogen und ein neuropsychologischer Test empfohlen. Offensichtlich erging dieser Vorschlag in Unkenntnis der bisherigen medizinischen Abklärungen. Aufgrund der überzeugenden medizinischen Erkenntnisse zu diesem Thema erübrigen sich weitere neurologische bzw. neuropsychologische Tests. Vielmehr ist wie bereits im Gutachten von L.\_\_\_\_\_, von Dr. I.\_\_\_\_\_ und zuletzt von Dr. H.\_\_\_\_\_ einleuchtend dargelegt, von einer psychosomatischen bzw. einer psychischen Ursache für die geltend gemachten Defizite auszugehen.

17. Folglich ist festzuhalten, dass die Versicherte aus medizinischer Sicht heute zu 100% arbeitsfähig ist. Im Haushaltsbereich besteht gemäss Haushaltsbericht vom 11. April 2011 keine Einschränkung. Dieses Resultat widerspiegelt die Erkenntnisse der medizinischen Abklärungen. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass der Haushaltsbericht veraltet sei, weil darin die Mithilfe ihres Ehemannes berücksichtigt worden sei. Sein Gesundheitszustand habe sich aber unterdessen drastisch verschlechtert. Dies sei in die Beurteilung miteinzubeziehen, denn den Töchtern sei es nicht zumutbar, diesen Ausfall zu kompensieren. Eine wesentliche Einschränkung der Versicherten im Haushaltsbereich wurde ärztlicherseits nicht attestiert. Demnach ist es ihr grundsätzlich zumutbar, im Haushalt die Aufgaben zu übernehmen, selbst wenn ihr Ehemann vorübergehend aufgrund seines Gesundheitszustandes ausfällt. Im Ergebnis ist der Haushaltsbericht somit nicht zu beanstanden. Dazu kommt, dass aufgrund der anwendbaren gemischten Berechnungsmethode mit den Anteilen 50% Erwerb und 50% Haushalt und einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nur eine sehr hohe Einschränkung im Haushalt (80%) rentenrelevant wäre. Eine solche kann vorliegend ausgeschlossen werden.

Die Rentenaufhebungsverfügung der IV-Stelle vom 29. August 2014 ist demnach zu bestätigen und die vorliegende Beschwerde abzuweisen.

18. Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Gemäss Ausgang des Verfahrens werden die ausserordentlichen Kosten wettgeschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.



**Kantonsgesetz**  
**Basel-Landschaft**  
Abteilung Sozialversicherungsrecht

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