

BL_GERICHTE 720 12 239 / 110 vom 22. Juni 2012

BL Gerichte, 2012-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720 12 239 _ 110](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_12_239_110)

FR: BL_GERICHTE 720 12 239 / 110 du 22 juin 2012

IT: BL_GERICHTE 720 12 239 / 110 del 22 giugno 2012

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 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 der Versicherten vom 15. August 2012 ist demnach einzutreten.

2.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im Bereich der Invalidenversicherung 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).

2.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 50 E. 1.2). Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden den belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. 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 f. 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 167; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine). Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, so liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (BGE 131 V 51 E. 1.2).

2.3 Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 131 V 50 E. 1.2). Ein Abweichen von diesem Grundsatz fällt nur in jenen Fällen in Betracht, in welchen die festgestellte somatoforme Schmerzstörung nach Einschätzung des Arztes eine derartige Schwere aufweist, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder für die Gesellschaft gar untragbar ist (BGE 130 V 354 E. 2.2.3 mit mehreren Hinweisen). Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen; (2) ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; (3) ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; (4) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); (5) das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 50 f. E. 1.2 und 130 V 353 ff. E. 2.2.3, je mit zahlreichen Hinweisen; vgl. zum Ganzen Andreas Brunner / Noah Birkhäuser, Somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, in: Basler Juristische Mitteilungen [BJM] 4/2007 S. 169 ff.).

3.1 Die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - ist bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person 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 131 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 f. 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). 3.2 Sofern bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befunds die (rein) psychiatrische Erklärbarkeit der Schmerzsymptomatik nicht genügt, um einen sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruch zu begründen, gilt für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Folgendes: Bei der Frage, ob eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegt, und bejahendenfalls sodann, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung hindern, handelt es sich um eine Tatsachenfeststellung. Eine Rechtsfrage ist hingegen die Beurteilung, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien (vgl. E. 2.3 hiervor) in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2007, I 683/06, E. 2.2). Es obliegt daher den begutachtenden psychiatrischen Fachpersonen, im Rahmen der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeits(un)fähigkeit aufzuzeigen, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr mit Blick auf die vorstehend genannten Kriterien erlauben, mit ihren Schmerzen umzugehen (BGE 131 V 355 E. 2.2.4). Diese ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden eine unabdingbare 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 (BGE 130 V 355 f. E. 2.2.5). 3.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen wie alle anderen Beweismittel nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) 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 Beweiswerts eines Arztberichts 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). 3.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b 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). 3.5 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 zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung sind allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht zu vergessen. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur vom Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und vom Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativoder 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2013, 8C_733/2012, E. 3.2 mit Hinweisen). 3.6 Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. So verfügt die begutachtende psychiatrische Fachperson praktisch immer über einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinischpsychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte bzw. die Expertin lege artis vorgegangen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_694/2008, E. 5.1 und vom 19. September 2006, I 51/06, E. 3.1.2).

E. 4

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die IV-Stelle die laufende Viertelsrente der Beschwerdeführerin zu Recht mit Wirkung ab 1. August 2012 aufgehoben hat.

E. 4.1

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Invalidenrenten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5 mit Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 f. E. 3.2.3). Vorliegend hat die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 5. September 2005 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 47 % eine Viertelsrente zugesprochen. Nach Überprüfung des

Rentenanspruchs von Amtes wegen samt Vornahme der erforderlichen Abklärungen ist die laufende Viertelsrente der Versicherten von der Vorinstanz mit Verfügung vom 22. Juni 2012 und mit Wirkung ab 1. August 2012 aufgehoben worden. Somit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Herabsetzung der bis anhin ausgerichteten Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 5. September 2005 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 22. Juni 2012.

E. 4.2

Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG ist die Verwaltung aber auch befugt, ohne Vorliegen der Revisionsvoraussetzungen auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückzukommen, sofern diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Indem Art. 53 Abs. 2 ATSG ausdrücklich die Verfügung und den Einspracheentscheid als Objekt der Wiedererwägung bezeichnet, wird klargestellt, dass Entscheide eines Gerichts nicht in Wiedererwägung gezogen werden können (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 53 Rz. 27). Der Wiedererwägung zugänglich sind mit anderen Worten nur Verfügungen und Einspracheentscheide, die nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben. Die am 5. September 2005 anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprache erlassene Verfügung der IV-Stelle hat bis anhin nicht Gegenstand eines Gerichtsentscheids gebildet, womit vorliegend auch die Prüfung einer Wiedererwägung nicht ausgeschlossen ist.

E. 5

Zunächst wird untersucht, ob die Voraussetzungen für eine Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegen. Es stellt sich diesbezüglich die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und - damit einhergehend - der Grad der Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin tatsächlich, wie von der IV-Stelle geltend gemacht, in einer anspruchserheblichen Weise verbessert hat.

E. 5.1

In ihrer ursprünglichen Verfügung vom 5. September 2005, mit welcher sie der Versicherten eine Viertelsrente zugesprochen hatte, stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf die nachfolgenden medizinischen Angaben.

E. 5.1.1

Dr. med. E., FMH Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte in ihren Arztberichten vom 10. September 2003 und vom 29. Oktober 2003 bei der Beschwerdeführerin eine rechtsbetonte, bilaterale Sacroiliitis unklarer Zuordnung (St. n. intraarticular Kenacourt SIG rechts am 8. April 2003 und 22. Oktober 2003) sowie Lumbalgien bei muskulärer Dysbalance des Beckengürtels. Aus rheumatologischer Sicht könnten der Patientin grundsätzlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, bei welchen repetitives Heben von Gewichten über 15 kg ausgeschlossen bleibe, zu 100 % zugemutet werden. Die derzeitige Arbeit bei der F. als Packerin von Trockenfrüchten schein diesbezüglich ideal. Aufgrund der noch bestehenden muskulären Dysbalance sollte die Arbeitsfähigkeit langsam schrittweise von der aktuell 50%igen Tätigkeit auf 100 % gesteigert werden. Die Patientin stehe allerdings einem Ausbau der Arbeitsfähigkeit sehr kritisch entgegen. Sollte die volle Arbeitsfähigkeit bei Einhalten der

empfohlenen therapeutischen Massnahmen nicht erreicht werden, so müssten hierfür nicht-rheumatische Gründe verantwortlich gemacht werden. Im Beurteilungszeitpunkt lägen keine Hinweise für eine Schmerzgeneralisierung oder für nicht organische Schmerzen vor. Bei der Patientin bestünde jedoch eine erschwerende psychosoziale Situation (finanzielle Engpässe, alleinerziehend, geschieden) sowie eine bezüglich ihrer Gesundheit tendenziell passive Einstellung. Dies begünstige eine Chronifizierung der Beschwerden.

E. 5.1.2

Am 9. November 2004 stellte Dr. med. G. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem psychiatrischen Gutachten bei der Beschwerdeführerin die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode im Sinne einer Erschöpfungsdepression, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Anhaltspunkte für eine deutliche Somatisierung im Sinne einer Schmerzfehlerverarbeitung könnten nicht gefunden werden. Vielmehr scheine das Schmerzleiden durch die affektive Störung verstärkt. Die Prognose sei ungünstig, da seit Jahren ein chronisches Schmerzsyndrom mit einer konsekutiven depressiven Entwicklung im Sinne einer Erschöpfungsdepression bestehe. Selbst wenn das affektive Leiden der Explorandin heute in seiner Ursache nicht nur auf das chronische Schmerzsyndrom zurückgehe, so sei es durch dieses doch wesentlich bedingt. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten werde aktuell sowohl durch das depressive Leiden als auch durch somatische Schmerzleiden beeinflusst und scheine aus rein psychiatrischer Sicht zu ungefähr 25 % bis 30 % eingeschränkt. Es könne keine Verweistätigkeit angegeben werden, in welcher die Arbeitsfähigkeit höher als 70 % bis 75 % betragen würde. Ob die Versicherte an ihrem jetzigen Arbeitsplatz optimal eingegliedert sei, könne aus psychiatrischer Sicht nicht beurteilt werden. Jedenfalls sei die bei der F. als Packerin ausgeübte 50%ige Tätigkeit unter Berücksichtigung der somatischen Diagnose das der Versicherten maximal zumutbare Pensum.

E. 5.1.3

In seiner Stellungnahme vom 15. November 2004 stellte der zuständige Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) fest, dass im Fall der Beschwerdeführerin keine weiteren medizinischen Abklärungen nötig seien. Gemäss psychiatrischem Gutachten von Dr. G. vom 9. November 2004 bestehe bei der Versicherten eine ungünstige Prognose und eine gegenwärtig als mittelgradig zu bezeichnende depressive Episode. Gestützt auf diese Beurteilung sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % auszugehen. 5.2.1. Dr. B. diagnostizierte in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 1. Februar 2011 eine Fibromyalgie sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei Chondrose L4/5 und Osteochondrose L5/S1 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte sei ohne sichtliche Beeinträchtigungen von der Wartzone ins Untersuchungszimmer gekommen und habe sich ohne Einschränkungen ausziehen können. Weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten seien radikuläre Zeichen vorhanden. Kraft, Sensibilität und Reflexbild seien unauffällig. Anhaltspunkte für ein entzündlich-rheumatologisches Geschehen lägen nicht vor. Anlässlich früherer Untersuchungen im Jahr 2003 sei eine Sacroiliitis bzw. ISG-Arthritis diskutiert worden, welche sich heute nicht mehr finden lasse. Aktuell bestünde keinerlei Gelenksaktivität; es könne jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass eine solche zu einem früheren Zeitpunkt in geringem Masse vorgelegen habe. Bildgebend zeige sich hingegen eine Abnutzung der untenstehenden zwei Segmente der Lendenwirbelsäule (LWS), welche die Belastbarkeit des Achsenorgans einschränke. So könne im MRI vom 26. November 2010 eine Chondrose L4/5 und eine deutliche

Osteochondrose L5/S1 festgestellt werden. Ausserdem sei die überlagernde weichteilrheumatische Schmerzproblematik unübersehbar. Aufgrund der degenerativen Veränderungen der unteren LWS sowie der Schmerzschwellstörung (Fibromyalgie) seien der Versicherten keine körperlichen Schwerarbeiten zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht vollschichtig zumutbar sei ihr hingegen eine Tätigkeit, bei welcher sie nicht über 15 kg heben, stossen oder ziehen und bei welcher sie nicht dauernd in Zwangsstellungen vorübergebeugt oder nur repetitiv gebückt arbeiten müsse. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit habe seit Jahren ihre Gültigkeit. 5.2.2. In seinem psychiatrischen Fachgutachten konnte Dr. C. keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die Beschwerdeführerin leide zwar an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), diese Beschwerden schränkten jedoch die Arbeitsfähigkeit nicht ein. In subjektiver Hinsicht gebe die Versicherte zu ihrer psychischen Verfassung an, sie fühle sich „traurig“ aber „nicht so traurig“. Gefühle der Freude seien möglich, wenn sie mit ihren Söhnen zusammen sei. Ansonsten erlebe sie eher ein Gefühl der Freudlosigkeit, nicht aber der Gefühllosigkeit. Wenn sie auf ihr Leben zurückblicke, dann denke sie, dass sie nicht sehr viel Schönes erlebt habe. Sie habe eine schwierige und wenig harmonische Ehe hinter sich. Richtig niedergeschlagen fühle sie sich nicht, einfach traurig. Sie versuche bei der Arbeit mit den Mitarbeiterinnen Spass zu haben, um den Rest des Lebens zu vergessen. Regelmässig lese sie Zeitungen oder Bücher und sehe die Tagesschau. Dann interessiere sie sich für verschiedene Themen und könne sich anderntags gut an das Gelesene bzw. Gesehene erinnern. Die Konzentrationsfähigkeit sowie die Gedächtnisleistungen seien insgesamt intakt. Der Schlaf sei nicht besonders gut und sie fühle sich häufig müde. Während mehreren Jahren sei sie bei Dr. med. H. in ambulantlypsychiatrischer Behandlung gewesen. Dieser habe jedoch mehrere Berichte zuhanden der IV-Stelle nicht geschrieben, weshalb sie die Behandlung abgebrochen habe. Seit Oktober 2009 sei sie nun bei Dr. D. in psychiatrischer Behandlung. Dort besuche sie einmal monatlich eine einstündige Sprechstunde. Es tue ihr gut, mit jemandem zu reden. Zu ihrem Tagesablauf habe die Versicherte angegeben, sie stehe morgens jeweils zwischen sieben und acht Uhr auf, gehe ihrer Körperpflege nach und ziehe sich an. Nach dem Frühstück erledige sie einige Haushaltsarbeiten, welche sie alle selbständig vornehmen könne. Täglich mache sie kleine Einkäufe. Das Essen nehme sie mittags alleine und abends mit ihrem Sohn ein. Gelegentlich gehe sie draussen spazieren. Nach Serbien reise sie nicht jedes Jahr, da hierzu das Geld fehle. In Bezug auf das soziale Umfeld habe die Beschwerdeführerin angegeben, nie viele Bekanntschaften gepflegt zu haben. Ein eigentlicher sozialer Rückzug habe nicht stattgefunden. Die Beziehung zu ihren beiden Söhnen sei sehr gut. Regelmässig habe sie auch telefonischen Kontakt zu ihren Geschwistern in Serbien. Den Ehemann sehe sie hin und wieder. Nach der Trennung habe sie sich eine Zeit lang ganz von ihm entfernt. Sie habe jedoch feststellen müssen, dass es schwierig sei, finanziell alleine durchzukommen. Ihre Arbeitsfähigkeit sei nach eigener Einschätzung mit zwei Stunden täglich an der Grenze. Wenn sie mehr arbeiten würde, dann hätte sie viel mehr Schmerzen, insbesondere in den Handgelenken und im Rücken. In Bezug auf die objektiven Befunden stellte Dr. C. fest, bei der Explorandin könne psychomotorisch keinerlei Agitation oder Verlangsamung erkannt werden. Die Mimik und Gestik zeigten ein ordentliches Spiel. Der Blickkontakt sei vigilant und adäquat. Die Versicherte weise sprachmotorisch keine Auffälligkeiten auf. Die Kooperationsbereitschaft sei jederzeit sehr gut. Im formalen Denken zeigten sich keinerlei Auffälligkeiten. Im

inhaltlichen Denken ergäben sich ebenfalls keine Hinweise für wahnhaft, bizarre oder suizidale Ideen. Ich-Störungen sowie Sinnestäuschungen aller Art fehlten vollständig. Insgesamt bestehe eine dysthyme, d.h. subdepressive Grundstimmung. Die Grundstimmung wirke jedoch nie eigentlich depressiv. Eine euthyme Grundstimmung könne ebenfalls in keinem Zeitpunkt beobachtet werden. Die Versicherte zeige auch keine Affektverarmung, Affektverflachung oder gar eine Affektstarre. Es sei nie zu einer Affektlabilität oder zu einer Affektinkontinenz gekommen. Mehrmals habe trotz der subdepressiven Grundstimmung eine ordentliche affektive Schwingungsfähigkeit beobachtet werden können. Schliesslich hielt Dr. C. in seiner psychiatrischen Beurteilung zur gestellten Diagnose fest, die Explorandin berichte über Schmerzen an verschiedenen Stellen des Körpers und des Bewegungsapparates. Aufgrund der zu Verfügung stehenden Akten sowie der rheumatologischen Begutachtung durch Dr. B. lägen jedoch nicht genügend organische Korrelate vor, um die subjektiv beklagten Körperschmerzen vollumfänglich erklären zu können. Es seien klar psychosoziale Belastungen zu erkennen. Hinweise für eine Verdeutlichungstendenz, eine Aggravation oder eine Begehrlichkeit lägen keine vor. Insgesamt seien damit die Grundvoraussetzungen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gegeben. Zudem bestehe eine emotionale Belastung im Sinne einer dysthymen, subdepressiven Grundstimmung. Diese könne jedoch unter der somatoformen Schmerzstörung subsumiert werden und werde deshalb nicht als separate Diagnose aufgeführt. Darüber hinaus seien keine weiteren Diagnoseentitäten festzustellen. Es bestehe keine auffällige Persönlichkeitsstruktur und es liege insbesondere keine regelrechte depressive Störung vor. Kognitive Defizite sowie eine niedergeschlagene oder deprimierte Grundstimmung würden verneint. Die alterierte Grundstimmung erfülle nicht die Kriterien für eine eigentliche depressive Störung. Die objektiven Befunde seien unauffällig in all jenen Parametern, welche zur Validierung der innerpsychischen Vitalität sehr gut herangezogen werden könnten, namentlich in Sprach- und Psychomotorik, äusserem Aussehen, Mimik und Gestik, Denktempo, kognitiven Leistungen sowie fehlender Affektverarmung. Die subjektiven Angaben der Versicherten qualifizierten ebenso wenig eine eigentliche depressive Störung. Die Explorandin gebe zwar an, sich müde zu fühlen, aber auch in der Lage zu sein, den Haushalt zu tätigen, die Einkäufe zu erledigen, etc. Gestützt auf die subjektiven Angaben könne keine relevante Interesselosigkeit erkannt werden. Eine diskrete Freudlosigkeit scheine vorzuliegen, sei aber nicht als ausgeprägt einzustufen. Insgesamt korrelierten damit die subjektiven Angaben der Versicherten ziemlich gut mit den objektiven Untersuchungsergebnissen. Gemäss Akten gäbe es Hinweise dafür, dass in früheren Jahren eine depressive Störung vorgelegen habe. Aus heutiger Sicht könne über den Schweregrad der damaligen Störung jedoch nicht verlässlich Stellung genommen werden. Bezüglich Arbeitsfähigkeit machte Dr. C. folgende Angaben: „Zu den Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht ist nun zu sagen, dass beim Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung die Foerster-Kriterien gewürdigt werden müssen. Es liegt keine psychiatrische Co-Morbidität vor, es liegen einzelne, wenig spezifische chronische körperliche Erkrankungen vor; es ist nicht zu einem sozialen Rückzug gekommen; die Schmerzen sind seit mehreren Jahren vorhanden und insgesamt scheinen sie therapieresistent; die Explorandin steht in einer ambulanzpsychiatrischen Behandlung, einmal pro Monat, erhält seit einem Monat Ciprylex 10 mg, was bei ihr aber zu Schwindel und gastrointestinalen Nebenwirkungen führt. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Foerster-Kriterien zu wenig erfüllt sind, insbesondere besteht keine psychiatrische Co-Morbidität, sodass der Explorandin aus rein

psychiatrischer Sicht eine vollständige aktive Willensleistung zugemutet werden kann, um ihre Körperschmerzen zu überwinden.“ 5.2.3 Der behandelnde Psychiater Dr. D. unterstützte in seinem Bericht vom 23. Mai 2012 grundsätzlich die Beurteilung von Dr. C. vom 1. Februar 2011. Allerdings habe die ängstliche und misstrauische Explorandin dem Gutachter gegenüber falsche Angaben über ihre Leiden, ihre Lebensgeschichte sowie die Sinnlosigkeit ihres Lebens gemacht. Dr. D. ging deshalb davon aus, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. C. in Kenntnis aller Angaben über die Beschwerdeführerin anders ausgefallen wäre. 5.2.4 In der gerichtlich eingeholten Stellungnahme von Dr. C. vom 6. Februar 2013 stellte dieser im Wesentlichen fest, es sei durchaus möglich, dass die Versicherte im Rahmen der psychotherapeutischen Gespräche bei Dr. D. über ein schlechteres subjektives Befinden berichtet habe als anlässlich seiner gutachterlichen Untersuchung. Solche Phänomene seien jedoch - im Gegensatz zur Begutachtung - typisch für die Psychotherapie. Bei Letzterer könnten die Patientinnen und Patienten regredieren und detailliert über ihre subjektiven Beschwerden berichten. Dies bilde aber nicht stets eine subjektive Befindlichkeit ab, welche sich zwingend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken müsse. Relevant sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der objektive Psychostatus. Wie im Gutachten vom 1. Februar 2011 ausführlich erläutert, zeige dieser deutlich, dass jene objektiven Parameter, welche sehr gut die innerpsychischen Vitalitäten abzubilden vermöchten, bei der Explorandin vollständig bland ausfielen. Demzufolge könne mit Sicherheit keine relevante affektive Störung vorliegen. Unter diesen Umständen schätze er die Situation der Versicherten auch in Kenntnisnahme des Arztberichts von Dr. D. vom 23. Mai 2012 nicht anders ein als in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 1. Februar 2012. Seine Einschätzung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit der Versicherten blieben damit unverändert.

E. 5.3

Die IV-Stelle hat sich bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhalts und beim Entscheid über die Frage, ob seit der ursprünglichen Rentenzusprache eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist, auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. B. und Dr. C. vom 1. Februar 2011 gestützt. Sie ist demzufolge davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Rentenverfügung vom 5. September 2005 namentlich in psychiatrischer Hinsicht deutlich verbessert habe. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben aufgeführt (vgl. E. 3.4 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 Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Hinweise liegen hier keine vor. Das bidisziplinäre Gutachten vom 1. Februar 2011 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. vorstehende E. 3.3) - für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend.

E. 5.4

Was die Beschwerdeführerin vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens, insbesondere der psychiatrischen Beurteilung von Dr. C. , in Frage zu stellen.

E. 5.4.1

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Versicherte, sofern sie mit den divergierenden Diagnosen von Dr. H. und Dr. G. argumentiert, nicht gehört werden kann. Gemäss Arztbericht von Dr. H. vom 11. Juli 2012 hat dieser die Beschwerdeführerin nur bis ins Jahr 2008 behandelt. Dr. G. hat die Versicherte sogar nur einmal im Jahr 2004 anlässlich einer Begutachtung gesehen. Die beiden Psychiater haben daher keine aktuelle Beurteilung vorgenommen. Infolgedessen sind ihre Arztberichte für die vorliegend interessierende Frage einer allfälligen Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht relevant. Diesbezüglich sind höchstens allfällige divergierende Einschätzungen des im Zeitpunkt des Revisionsverfahrens behandelnden Psychiaters Dr. D. zu berücksichtigen. Insofern läuft auch das Argument der Beschwerdeführerin, wonach die im vorliegenden Fall involvierten psychiatrischen Fachärzte praktisch durchgehend und übereinstimmend eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert hätten, ins Leere: Während des Revisionsverfahrens hat nebst Dr. D. und Dr. C. lediglich der RAD-Arzt Dr. med. I. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem Gutachten vom 13. Oktober 2009 eine Diagnose zum psychischen Gesundheitszustand der Versicherten abgegeben. Wie Dr. C. hat auch Dr. I. das Vorliegen einer depressiven Störung verneint. Einzig der behandelnde Arzt Dr. D. hat somit bei der Beschwerdeführerin im relevanten Zeitpunkt eine depressive Störung diagnostiziert. Dessen abweichende Einschätzung vermag jedoch, wie sich in der nachstehenden Erwägung zeigen wird, die Beurteilung von Dr. C. nicht in Frage zu stellen.

E. 5.4.2

Die Beschwerdeführerin bringt unter Verweis auf den Bericht des behandelnden Arztes Dr. D. vom 23. Mai 2012 vor, die Beurteilung von Dr. C. sei unvollständig, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Im Zusammenhang mit der Rüge der Unvollständigkeit ist zunächst die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu wiederholen, wonach die unterschiedliche Natur vom Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Facharztes einerseits und vom Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulassen, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen, es sei denn, der behandelnde Arzt benennen wichtige Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. E. 3.5 hiervor). Was die anlässlich der Untersuchung von Dr. C. angeblich verschwiegenen Angaben der Versicherten zu ihrer sogenannten "Lebensgeschichte" betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei um psychosoziale bzw. invaliditätsfremde Belastungsfaktoren handelt, welche für die vorliegende Beurteilung unbeachtlich sind (vgl. vorstehende E. 2.2). Zu den übrigen, anscheinend divergierenden Aussagen der Beschwerdeführerin hat sich Dr. C. in der gerichtlich eingeholten Stellungnahme vom 6. Februar 2013 geäußert (vgl. E. 5.2.4 hiervor). Die entsprechenden Ausführungen des Gutachters sind durchaus einleuchtend. So ist es nachvollziehbar, dass in Anbetracht der unterschiedlichen Funktion einer Begutachtung im Vergleich zu einer Psychotherapie die Angaben der Patientin divergieren können. Insbesondere scheint es im Hinblick auf die mehrfach erwähnten, psychosozialen Belastungsfaktoren naheliegend, dass das subjektiv wahrgenommene Leiden der Beschwerdeführerin nicht unbedingt einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden gleich kommt. Die unterschiedlichen Beobachtungen von Dr. D.

vermögen daher die Beurteilung von Dr. C. nicht in Frage zu stellen. Mithin ist auch die Rüge der Unvollständigkeit gegenstandslos. In Anbetracht der psychosozialen Belastungsfaktoren sowie des subjektiven Empfindens der Versicherten steht im Übrigen die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bereits seit mehreren Jahren eine ambulante psychiatrische Therapie besucht, der Annahme einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit nicht entgegen. Ebenso wenig scheint es widersprüchlich, wenn Dr. C. eine Weiterführung dieser Therapie empfiehlt. Die entsprechenden Kritikpunkte der Versicherten am Gutachten von Dr. C. sind ebenfalls unbegründet.

E. 5.4.3

Die Beschwerdeführerin moniert weiter, Dr. C. halte unmissverständlich fest, dass er bereits die ursprüngliche Beurteilung von Dr. G. für falsch halte. So gebe er an, es lägen keine Hinweise vor, wonach die Versicherte in früheren Jahren überhaupt an einer depressiven Störung gelitten hätte. Diese Einschätzung des Gutachters sei offensichtliche tendenziös und nicht nachvollziehbar. Die eingereichten Berichte offenbarten, dass im Längsschnitt über Jahre hinweg eine depressive Störung - vorwiegend mittelgradig rezidivierend - vorgelegen habe. Zudem sei es widersprüchlich, wenn der Gutachter das Vorliegen einer früheren depressiven Störung verneine, gleichzeitig aber eine rezidivierende Störung, gegenwärtig remittiert, diagnostiziere. Hierzu ist festzuhalten, dass Dr. C. an keiner Stelle seines Gutachtens Zweifel daran äussert, dass die Versicherte im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache an einer depressiven Störung gelitten habe. Im Gegenteil stellt er fest, den Vorakten seien Hinweise auf eine früher vorhandene, depressive Störung zu entnehmen. Allerdings könne über den Schweregrad der damaligen depressiven Störung aus heutiger Sicht nicht verlässliche Stellung genommen werden. Damit stellt Dr. C. lediglich in Frage, ob die im Gutachten von Dr. G. aufgeführten depressiven Phänomene tatsächlich ausgereicht haben, um eine mittelgradige depressive Störung zu diagnostizieren. Die damalige Diagnose der depressiven Störung wird hingegen nicht angezweifelt. Indem Dr. C. zum Schluss kommt, dass die Beschwerdeführerin im Gutachtenszeitpunkt nicht mehr an einer depressiven Störung gelitten habe, ist seine Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), durchaus schlüssig und keineswegs widersprüchlich. Mithin kann den Argumenten der Beschwerdeführerin auch diesbezüglich nicht gefolgt werden. Im Übrigen ist für die Prüfung eines Revisionsgrunds nicht zu untersuchen, ob im Längsschnitt über all die Jahre eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person stattgefunden hat. Vielmehr ist die gesundheitliche Situation der Versicherten im Zeitpunkt der Rentenzusprache mit jener im Zeitpunkt der Rentenrevision zu vergleichen. Sofern damals eine depressive Störung diagnostiziert worden ist, welche heute nicht mehr vorliegt bzw. remittiert ist, kann eine Verbesserung bejaht werden, unabhängig davon, welchen Schwankungen der Gesundheitszustand zwischenzeitlich ausgesetzt gewesen ist.

E. 5.4.4

Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, indem Dr. C. aufgrund der bestehenden Symptome auf eine somatoforme Schmerzstörung schliesse, beurteile er lediglich die ursprüngliche und nunmehr über Jahre hinweg gleich gebliebene psychische Problematik anders bzw. neu. Diese unterschiedliche Interpretation des an sich gleich gebliebenen Sachverhalts stelle alleine noch keinen Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert

(ICD-10 F33.4) um zwei unterschiedliche psychische Störungen handelt, welche verschiedene Symptome aufzeigen und sich gegenseitig nicht ausschliessen (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (f) Klinischdiagnostische Leitlinien, H. Dilling/W. Mubour/M.H. Schmidt [Hrsg.], 8. Auflage, Bern 2011, insbesondere S. 180 f. und 233 f.). Indem Dr. C. im Rahmen der Rentenrevision das Vorliegen einer depressiven Störung ausdrücklich und wohlbegründet verneint und neu eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, interpretiert er nicht lediglich denselben Sachverhalt anders, sondern stellt bei der Beschwerdeführerin eine Veränderung des Gesundheitszustands fest. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass es sich bei der Beurteilung von Dr. C. im Vergleich zu jener von Dr. G. lediglich um eine andere Interpretation eines gleichbleibenden Sachverhalts handelt. Bereits aufgrund der siebenjährigen Zeitdauer zwischen den beiden Begutachtungen kann davon ausgegangen werden, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse der Versicherten mittlerweile anders darstellen als im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache (z.B. aufgrund von Scheidung, Volljährigkeit der Kinder, Wechsel der Arbeitsstelle, Reduktion des Arbeitspensums, etc.). Die zwischenzeitlich veränderte Lebenssituation der Versicherten stellt insbesondere wegen der früheren Diagnose einer „Erschöpfungsdepression“ eine nicht unbeachtliche Änderung der Sachlage dar. Sodann wird bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der Rentenrevision keine Sacroiliitis mehr diagnostiziert. Dadurch fällt eine organische Ursache für die Schmerzempfindungen der Beschwerdeführerin weg, was für die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine erhebliche Veränderung eines Sachverhalts darstellt. Das Argument der Versicherten, wonach keine Revisionsgrund vorliege, da Dr. C. den an sich gleich gebliebenen Sachverhalt lediglich anders interpretiere, geht damit ebenfalls fehl.

E. 5.4.5

Ferner kritisiert die Beschwerdeführerin, dass Dr. C. das Gutachten von Dr. I. vom 13. Oktober 2009 als mit „in allen Belangen als nachvollziehbar und gründlich“ bezeichnet. Dr. C. komme zu einem anderen Schluss als der RAD-Arzt, namentlich hinsichtlich der somatoformen Schmerzstörung, der Aggravation sowie der psychosozialen Belastungssituation. Es sei daher tendenziös und einseitig, wenn er das Gutachten von Dr. I. trotzdem derart positiv hervorhebe. Hierzu ist festzustellen, dass sich die Einschätzungen der beiden Gutachter betreffend die Aggravation und die psychosoziale Belastungssituation der Beschwerdeführerin nicht massgeblich voneinander unterscheiden, weshalb die entsprechende Beanstandung der Beschwerdeführerin unbegründet ist. Was die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung betrifft, weicht die Beurteilung von Dr. C. tatsächlich von jener des RAD-Arztes ab. Allerdings sind die beiden Gutachten diesbezüglich nicht direkt miteinander vergleichbar, da sie einerseits nicht im gleichen Zeitpunkt verfasst worden sind und andererseits das Gutachten von Dr. C. im Rahmen einer interdisziplinären Beurteilung und damit unter Berücksichtigung somatischer Beschwerden erstellt worden ist, was für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wesentlich ist. Zudem hat das Bundesgericht - wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.5) - anerkannt, dass eine psychiatrische Exploration naturgemäss mit Ermessenzügen behaftet ist. Sofern die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine Expertise erfüllt sind, kommt der begutachtenden psychiatrischen Fachperson in der Regel ein gewisser Spielraum zu, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen zulässig sind. Infolgedessen ist es nicht weiter ungewöhnlich, geschweige denn tendenziös oder einseitig, wenn Dr. C. in seiner psychiatrischen Beurteilung teilweise zu einem anderen Schluss kommt als Dr. I., dessen Gutachten aber trotzdem als nachvollziehbar und gründlich

bezeichnet.

E. 5.4.6

Die Versicherte rügt weiter, dass Dr. C. ihre kognitiven Fähigkeiten zu wenig abgeklärt habe. So könne dem Gutachten nirgends entnommen werden, weshalb bzw. aufgrund welcher objektiven Befunde der Psychiater zum Schluss gekommen sei, dass keine Gedächtnislücken und Konzentrationsstörungen vorliegen würden. Es sei nicht nachvollziehbar, wie Dr. C. nach einem einmaligen Gespräch ihre Konzentrationsfähigkeit im Hinblick auf eine achtstündige tägliche Belastung beurteilen könne. Gemäss Dr. D. wäre es ein Leichtes gewesen, psychometrische Untersuchungen vorzunehmen, welche Rückschlüsse auf die kognitiven Fähigkeiten zulassen würden. Was dieses Vorbringen betrifft, ist festzustellen, dass bei einer psychiatrischen Begutachtung nicht sämtliche plausiblen Störungen detailliert abgeklärt werden müssen. Sofern Dr. C. weder bei den objektiven noch bei den subjektiven Befunden ein Hinweis auf invalidisierende, kognitive Defizite der Versicherten auffällt, ist es nicht zu beanstanden, dass er keine eingehende Untersuchung der Konzentrations- und Erinnerungsfähigkeit vornimmt.

E. 5.4.7

Überdies bemängelt die Beschwerdeführerin, Dr. C. habe die Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung anhand der Foerster-Kriterien geprüft und damit seine Kompetenzen überschritten. Diese Frage sei gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung dem Rechtsanwender vorbehalten. Der Argumentation der Versicherten kann auch in dieser Hinsicht nicht gefolgt werden. Wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.2 hiervor), hat eine begutachtende Fachperson der Psychiatrie im Falle einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung durchaus die sogenannten Foerster-Kriterien (psychische Komorbidität und/oder weitere massgebende Faktoren) zu untersuchen. Dr. C. nimmt folglich mit der Prüfung der besagten Kriterien lediglich seine Aufgabe als psychiatrischer Gutachter wahr. Seine medizinische Beurteilung bildet für die Frage der Überwindbarkeit der Schmerzen und - damit einhergehend - der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eine unabdingbare Grundlage. So kann vorliegend im Rahmen der rechtlichen Würdigung festgestellt werden, dass keines der Foerster-Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegt, um bei der Versicherten gesamthaft den Schluss auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten. Es bleibt anzumerken, dass diese Würdigung der Foerster-Kriterien zwar nicht ins Aufgabengebiet der medizinischen Fachperson fällt; wenn Dr. C. eine solche trotzdem vornimmt, vermag dies jedoch keinen Mangel an seinem Gutachten zu begründen.

E. 5.4.8

Schliesslich verlangt die Beschwerdeführerin ein Verlaufsgutachten mit der Begründung, die einmalige psychiatrische Exploration durch Dr. C. sei nicht geeignet, der schwankenden Ausprägung ihrer depressiven Störung Rechnung zu tragen. Dr. D. habe in seinen Berichten vom 23. Mai 2011 und vom 16. März 2013 nachvollziehbar dargelegt, dass ihr psychischer Status Schwankungen unterliege und aktuell wieder eine mittelgradige Ausprägung der rezidivierenden Störung bestehe, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflusse. Zu diesen Vorbringen sind folgende Bemerkungen anzubringen: Zum einen bezieht sich die Einschätzung von Dr. C. nicht nur auf die persönliche Untersuchung der Versicherten; darüber hinaus haben dem Experten diverse zum Gesundheitszustand der Explorandin erstellte medizinische Akten zur Verfügung gestanden, welche es ihm durchaus ermöglicht haben, eine nicht auf die Momentaufnahme beschränkte Beurteilung abzugeben. So setzt

sich der Gutachter nebst seiner eigenen Untersuchung auch ausführlich mit den übrigen bei den Akten liegenden, fachärztlichen Berichten und Stellungnahmen auseinandersetzt. Insbesondere geht er auf den Bericht des behandelnden Arztes Dr. D. vom 12. Juni 2010 ein und legt nachvollziehbar dar, aus welchen Gründen auf dessen divergierende Einschätzung - insbesondere im Zusammenhang mit der Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung - nicht abgestellt werden kann. Die Einschätzung von Dr. C., wonach die Versicherte im Zeitpunkt des Revisionsverfahrens nicht mehr an einer depressiven Störung gelitten hat, deckt sich im Übrigen mit jener des RAD-Gutachters Dr. I. vom 13. Oktober 2009. Zum ändern kommt es für den Aussagegehalt eines Arztberichts nicht auf die Dauer der Behandlung und die Anzahl der Untersuchungen an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. E. 3.3 hier vor). Wie bereits in E. 5.3 erwähnt, ist das psychiatrische Teilgutachten vom 1. Februar 2011 diesbezüglich nicht zu beanstanden. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass bei der Beschwerdeführerin im Begutachtungszeitpunkt keine rezidivierende depressive Störung mehr vorgelegen hat, weshalb auch nicht konstant mit Schwankungen bzw. mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands zu rechnen ist. Würde bei der Versicherten nach Aufhebung der Rente wieder eine invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung eintreten, so wäre allenfalls eine erneute Anmeldung bei der Invalidenversicherung in Betracht zu ziehen. Eine entsprechende, zuverlässige fachärztliche Diagnose ist bis anhin jedoch nicht aktenkundig.

E. 5.5

Im Ergebnis kann somit festgehalten werden, dass das interdisziplinäre Gutachten von Dr. B. und Dr. C. vom 1. Februar 2011 nicht zu bemängeln ist und sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands bzw. der Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu Recht darauf abgestützt hat.

E. 6

Als Nächstes ist der Invaliditätsgrad zu untersuchen.

E. 6.1

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

E. 6.2

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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 (BGE 104 V 136 f. E. 2a und b). Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin gestützt auf diese allgemeine Methode des

Einkommensvergleichs berechnet.

E. 6.3

Aus dem von der IV-Stelle getätigten Einkommensvergleich resultiert ein Invaliditätsgrad von 11 %. Diese vorinstanzliche Berechnung wird nicht beanstandet. Den Akten können ebenfalls keine Anhaltspunkte entnommen werden, wonach der Vorinstanz beim Einkommensvergleich ein Fehler unterlaufen wäre. Es besteht folglich kein Anlass für eine nähere Prüfung von Amtes wegen (BGE 125 V 414 ff. E. 1b und 2c). Auf den von der Vorinstanz getätigten Einkommensvergleich, woraus sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 11 % ergibt, kann daher vollumfänglich abgestellt werden.

E. 7

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die IV-Stelle die laufende Viertelsrente der Beschwerdeführerin zu Recht revisionsweise mit Verfügung vom 22. Juni 2012 aufgehoben hat. Damit erübrigt es sich, die Frage der Wiedererwägung zu beurteilen. Die vorliegende Beschwerde ist demnach abzuweisen.

E. 8

Es bleibt über die Kosten zu befinden.

E. 8.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zwischen Fr. 200.-- und Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb sie die Verfahrenskosten zu tragen hat. Der Versicherten ist nun allerdings mit Verfügung vom 27. September 2012 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund gehen die Verfahrenskosten zulasten der Gerichtskasse.

E. 8.2

Die Kosten für die Stellungnahme von Dr. C. vom 6. Februar 2013 in der Höhe von Fr. 99.35 sind der IV-Stelle aufzuerlegen (vgl. BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2).

E. 8.3

Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. September 2012 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, wird dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse entschädigt. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 180.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 12 Stunden und 15 Minuten geltend, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 113.--. Dem Rechtsvertreter ist demzufolge ein

Honorar in der Höhe von insgesamt Fr. 2'503.45 (12 Stunden und 15 Minuten à Fr. 180.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 113.-- plus 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 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. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse. 3. Die Kosten für die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. C. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in der Höhe von Fr. 99.35 werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. 4. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'503.45 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.