

BL_GERICHTE 720 17 100 / 195 vom 21. August 1998

BL Gerichte, 1998-08-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_17_100___195

FR: BL_GERICHTE 720 17 100 / 195 du 21 août 1998

IT: BL_GERICHTE 720 17 100 / 195 del 21 agosto 1998

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 vom 27. März 2017 ist demnach einzutreten.

2.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens der Erwerbsunfähigkeit sind nach dem mit der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.2 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 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).

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

2.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

3.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur 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 Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente unter anderem revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen in Bezug auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen; vgl. auch: BGE 117 V 199 E. 3b mit weiteren Hinweisen; Rudolf Rüedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 16 f.).

3.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens (vgl. dazu BGE 137 V 253 E. 3.4.2.3) zurückzuführen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

3.3 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE

130 V 7 ff. E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. August 1998 rückwirkend ab 1. April 1998 eine ganze Rente zu. In den folgenden Revisionsverfahren in den Jahren 2001 und 2005 wurde der Anspruch auf eine ganze Rente jeweils formlos bestätigt. Somit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen (auf einer vollständigen materiellen Anspruchsprüfung beruhenden) Rentenverfügung vom 21. August 1998 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2017.

E. 4

Im Folgenden ist demnach zu prüfen, ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand und – damit einhergehend – der Grad der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache am 21. August 1998 in anspruchserheblicher Weise verbessert hat.

E. 4.1

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

E. 4.2

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

E. 4.3

Dennoch erachtet es die 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 und in AHI-Praxis

2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren 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). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 4.4

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

E. 4.5

Bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhaltes in Revisionsfällen im Sinne des Art. 17 ATSG ist überdies Folgendes zu beachten: Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt, bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Gutachten zu entnehmenden –Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.2, und vom 26. März 2015, 9C_710/2014, E. 2).

E. 5

Zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht allesamt gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

5.1.1 In somatischer Hinsicht waren beim ursprünglichen Rentenentscheid die neurologischen Konsilien von Dr. med. F.____, FMH Neurologie, vom 28. Mai 1997 und Dr. med. G.____, FMH Rheumatologie, vom 3. Oktober 1997, von Bedeutung. Im neurologischen Konsilium vom 28. Mai 1997 führte Dr. F.____ aus, dass die Patientin seit mehreren Jahren über ein ausgedehntes Schmerzsyndrom mit belastungsabhängigen Exazerbationen klage, dies bei deutlichem Maximum im Bereich der Nackenregion sowie der Extremitäten rechtsbetont. Im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung falle eine erheblich depressive Stimmungslage auf. Zusammenfassend könne aus neurologischer Sicht eine dem Schmerzsyndrom zugrunde liegende Polyneuropathie mit genügender Sicherheit ausgeschlossen werden. Aus fachärztlicher Sicht sei lediglich eine minimale radikuläre Läsion L 5 rechts zu erwähnen, sonst lägen keine Hinweise für ein primär neurogenes Geschehen vor. Indessen bestünde ein hoher Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion respektive eine frozen shoulder rechts, wobei auch links eine Einschränkung der Schulterbeweglichkeit habe festgestellt werden können. Mit rheumatologischen Konsilium vom 3. Oktober 1997 diagnostizierte Dr. G.____ einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Bei der Patientin liege ein multilokuläres, seit etwa 15 Jahren bestehendes Beschwerdebild vor, welches von diversen Ärzten erfolglos behandelt worden sei. Der von Dr. F.____ erhobene Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion respektive eine frozen shoulder rechts habe im aktuellen rheumatologischen Status nicht bestätigt werden können. Der klinische Befund beschränke sich auf eine diffuse Druckempfindlichkeit der Weichteile, vor allem entlang des Achsenskeletts. Zwar lasse sich aktuell eine eindeutige Druckempfindlichkeit vereinzelter Fibromyalgiepunkte nachweise, indessen werden die Diagnosekriterien nicht erfüllt, weshalb der Verdacht auf eine sogenannte somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werde. Eine rheumatologische Erkrankung im engeren Sinne liege nicht vor. Damit sei auch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt.

5.1.2 Die IV-Stelle stütze den ursprünglichen Rentenentscheid augenscheinlich im Wesentlichen auf das Gutachten des Institut H.____ vom 22. Juni 1998 ab. Darin diagnostizierten die involvierten Fachpersonen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einen Verdacht auf eine dissoziative Störung (ICD-10 F44). Die Explorandin beklage häufig auftretende Kopfschmerzen, Schwindelgefühle und psychische Schmerzen. Ferner leide sie unter einer schwankende Stimmung. Gehe es ihr gut, könne sie den Haushalt mit grosser Überwindung und mit Unterstützung des Ehemannes und ihrer Schwägerin einigermaßen erledigen. Häufig liege sie jedoch fast den ganzen Tag im Bett und sei zu nichts fähig. Sie fühle sich im Allgemeinen müde und erschöpft und habe Insuffizienzgefühle. Im Verlaufe der Exploration seien dissoziative Störungen aufgetaucht. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Beruf. Im Haushalt könne ihr maximal eine 30%ige Tätigkeit zugemutet werden.

5.2.1 Im Rahmen des vorliegend umstrittenen Revisionsverfahrens beauftragte die Beschwerdegegnerin Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit der psychiatrischen Begutachtung der Versicherten. Mit Gutachten vom 5. Mai 2010 diagnostizierte dieser eine leichtgradige, ängstlich gefärbte depressive Episode (ICD-10 F32.00). Diese Diagnose habe Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Die Explorandin beklage vorwiegend schmerzbedingte Durchschlafstörungen, Gedankenkreisen, zeitweiliges Zittern am ganzen Körper, Müdigkeit und verminderte Energie, wechselhafte Stimmungen mit bedrückt-traurigen, nervösen, gereizten und manchmal ängstlichen, aber auch fröhlichen Anteilen, eine zeitweise beeinträchtigte Fähigkeit, sich zu freuen, Vergesslichkeit, verminderte Konzentration, vermindertes Selbstvertrauen sowie ein manchmal auftretendes Gefühl allgemeiner Sinnlosigkeit. Die Kriterien zur Diagnosestellung einer depressiven Episode seien damit erfüllt. In der Untersuchungssituation sei die Stimmung der Explorandin ausgeglichen gewesen, sie habe oft gelächelt und auch lachen können. Die affektive Modulationsfähigkeit sei nicht eingeschränkt, psychomotorisch habe sich weder eine Angespanntheit noch eine Ängstlichkeit erkennen lassen. Eine Müdigkeit oder Erschöpfbarkeit habe nicht festgestellt werden können, abgesehen von leichteren mnestischen Funktionsbeeinträchtigungen liessen sich keine kognitiven Störungen oder Ermüdbarkeit erkennen. Die von der Explorandin beklagte ausgeprägte bedrückt-traurige Stimmung habe – abgesehen vom Gespräch über den Tod der Mutter – nicht objektiviert werden können. Der geschilderte Tagesablauf sei weitgehend unauffällig. Die anfallenden Alltagsarbeiten würden grösstenteils alleine ausgeführt. Im Vergleich zu den Befunden des Institut H. ___ vom 22. Juni 1998 sei es bis heute zu einer wesentlichen Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen. In der aktuellen Untersuchungssituation habe sich keine bedrückte oder ängstliche Depressivität erkennen lassen, es bestünden auch keine Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen mehr. Die Explorandin beklage sich auch nicht mehr darüber, dass sie fast den ganzen Tag im Bett liege. Eine schwere depressive Episode könne deshalb nicht mehr diagnostiziert werden. Aufgrund der Angaben der Explorandin sei es im Verlauf bis zur aktuellen Untersuchung nie zu einer Remission der Depression gekommen, weshalb keine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert werden könne. Einschränkend sei jedoch festzustellen, dass die Angaben der Explorandin bezüglich der depressiven Symptomatik als inkonsistent und ungenau beurteilt werden müssten. So habe sie erklärt, dass die depressive Symptomatik heute ausgeprägter sei als noch vor zehn Jahren, was sich aufgrund der vorliegenden Arztberichte nicht objektivieren liesse. Die durchgeführte Blutkonzentrationsmessung des Antidepressivums habe einen Wert ergeben, aus dem ersichtlich werde, dass die Versicherte die verordnete Medikation nicht regelmässig einnehme. Schliesslich sei zu erwähnen, dass sich bei der Exploration eine Verdeutlichungs- und Dramatisierungstendenz habe erkennen lassen. Ferner sei ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen unterschiedlicher Intensität im ganzen Körper, einem Zähneknirschen sowie zeitweilig auftretendem Zittern im ganzen Körper zu eruieren. Den Akten könne nicht klar entnommen werden, inwiefern sich die Schmerzen durch somatische Störungen erklären liessen. Es liesse sich die psychiatrische Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung stellen. Indessen sei die psychosoziale Funktionsfähigkeit der Explorandin intakt. Sie pflege inner- und ausserfamiliäre Beziehungen und habe sich sozial nicht in allen Belangen des Lebens zurückgezogen. Die psychosozialen Ressourcen seien schon seit jeher als dürftig zu beurteilen, würden durch die Schmerzen jedoch nicht weiter beeinträchtigt. Es liege keine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität vor. Die Schmerzen seien überdies nicht als therapieresistent zu betrachten. Der Schweregrad der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei als leichtgradig zu beurteilen. Eine Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen sei der Explorandin zumutbar. Insgesamt sei die psychische Belastbarkeit der Explorandin als

leicht eingeschränkt zu beurteilen. Die Arbeitsfähigkeit sei deshalb in der angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin wie auch in allen anderen Tätigkeiten zu 20% eingeschränkt, ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit. 5.2.2 Mit Gutachten vom 8. Mai 2010 berichtete der von der IV-Stelle beauftragte Dr. med. D.____, FMH Neurologie, von der neurologischen Begutachtung der Versicherten. Darin stellte er folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ein diskretes unteres Cervikalsyndrom ohne neurologische Ausfälle, ein diskretes Lumbovertebralsyndrom ohne neurologische Ausfälle sowie ein Status nach Operation eines Handgelenkganglions rechts. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien verschiedene Zustandsdiagnosen nach Operationen. Insgesamt würde sich aus neurologischer Sicht für die diversen angegebenen Schmerzlokalisationen kein wirklich objektives Korrelat finden lassen und sie seien neurologisch-somatisch nicht erklärbar. Gegenüber der medizinischen Situation bei der Rentenzusprache würden heute lediglich Hinweise auf eine lumboradikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik fehlen. Ansonsten würden sich keine relevanten Veränderungen ergeben. Aufgrund der leichten Rückenproblematik könnten der Explorandin keine körperlichen Schwerarbeiten zugemutet werden. Aufgrund der Restsymptomatik nach Operation des Handgelenkganglions seien auch keine Tätigkeiten mehr zumutbar, welche den Dauereinsatz und/oder regelmässigen Krafteinsatz der rechten Hand erfordern würden. Unter Berücksichtigung dieses Profils seien der Explorandin die angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin wie auch alle anderen Tätigkeiten vollschichtig zumutbar. 5.2.3 In dem Gutachten von Dr. E.____ enthaltenen Konsensdiskussion kommen der neurologische und der psychiatrische Gutachter gemeinsam zum Schluss, dass der Explorandin keine körperlich schweren oder häufig mittelschweren Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit übermässiger Beanspruchung der rechten Hand mehr zugemutet werden könnten. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten als Betriebsmitarbeiterin wie auch in einer alternativen Tätigkeit wegen der depressiven Symptomatik als zu 20% eingeschränkt zu beurteilen ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit. Aufgrund der unpräzisen und inkonsistenten Angaben der Versicherten und der fehlenden Dokumentation mit Arztberichten lasse sich der Zeitpunkt der depressiven Symptomatik retrospektiv nicht bestimmen, er habe jedenfalls ab dem Datum der vorliegenden psychiatrischen Untersuchung Gültigkeit.

E. 5.3

Mit Verlaufsgutachten vom 29. Dezember 2011 diagnostizierte Dr. E.____ nach verschiedenen Hospitalisationen der Beschwerdeführerin (vom 22. September 2010 bis 11. Oktober 2010, vom 28. Februar 2011 bis 29. März 2011, vom 5. April 2011 bis 29. April 2011 sowie vom 15. November 2011 bis 2. Dezember 2011) in der Klinik I.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige, ängstlich gefärbte depressive Episode (ICD-10 F32.10). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) zu diagnostizieren. Die Explorandin habe ausgeführt, dass sie unter Depressionen leide. Sie könne nicht schlafen und werde schnell nervös. Darüber hinaus verspüre sie andauernde Schmerzen im gesamten Körper und leide unter einer Kraft- und Energielosigkeit. Die Explorandin habe angegeben, dass auch eine Suizidalität bestehe. Sie ziehe sich sozial sehr zurück und habe keinen Kontakt mehr zu ihren Freundinnen, nur noch mit nahen Verwandten. Nach ihrer Stimmung befragt, habe sie angegeben, dass diese wie tot sei. Sie fühle sich manchmal gereizt-aggressiv und ängstlich. Sie wisse nicht, ob sie manchmal auch fröhlich sei oder lache, auf Nachfrage hin habe sie korrigiert, dass sie sich freue, wenn sie ihr Enkelkind sehe. In der aktuellen

Untersuchungssituation sei die Stimmung anfänglich bedrückt gewesen, mit zunehmender Dauer des Gesprächs jedoch ein wenig aufgehellt. Die affektive Modulationsfähigkeit und Vitalität seien eingeschränkt, wobei die Explorandin während der Untersuchung einen zunehmend vitaleren Eindruck gemacht habe. Der anfänglich müde und beinahe apathisch wirkende Zustand sei zunehmend verschwunden. Auffallend sei, dass die Explorandin Mühe habe, präzise zeitliche Angaben zu machen. Die von ihr subjektiv geklagte schlechte Konzentration habe sich jedoch klinisch nicht feststellen lassen. Der Schweregrad der depressiven Störung sei unter Berücksichtigung dieser Faktoren als mittelgradig zu beurteilen. Die Explorandin habe von einem Tagesablauf berichtet, dem zu entnehmen sei, dass sie einen weitgehend passiven Lebensstil führe und sich an den Haushaltsarbeiten nicht oder bloss sehr wenig beteilige. In diesem Kontext müsse jedoch erwähnt werden, dass sich die Anamnese des Tagesablaufs als äusserst schwierig gestalte, da die Explorandin keine präzisen Angaben gemacht habe. Im Vergleich zur Begutachtung im Mai 2010 sei es zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik gekommen. Hingegen habe sich – insbesondere im Zeitpunkt, als die Versicherte beginne, einen vitaleren Eindruck zu hinterlassen – äusserlich keine Ängstlichkeit feststellen lassen. In ursächlicher Hinsicht sei für die Verschlechterung der depressiven Symptomatik – gemäss Angaben der Explorandin – in erster Linie der Vorbescheid der IV-Stelle, mit welchem sie über die Aufhebung der Rente informiert worden sei, zu nennen. Anderweitige akute oder wesentliche Gründe liessen sich diesbezüglich nicht herauskristallisieren. Als weitere Ursache der Depression seien aber nach wie vor auch die belastenden Kindheitserlebnisse zu nennen, die bis heute kaum adäquat verarbeitet worden seien. In der aktuellen Untersuchungssituation habe sich bei der Explorandin eine ausgeprägtere Tendenz zur Verdeutlichung, Dramatisierung und Aggravation feststellen lassen. Die Angaben der Explorandin seien ausserdem inkonsistent und zum Teil widersprüchlich gewesen, auch im Vergleich zu den Angaben, die sie anlässlich der ersten Begutachtung im Mai 2010 gemacht habe. Die Explorandin habe keinen Kontakt mehr zu Freundinnen. Die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit ihren Töchtern, dem Ehemann, dem Bruder und der Schwägerin sei jedoch als intakt zu beurteilen. Insgesamt sei von einer bewusstseinsnahen Aggravationstendenz auszugehen. Aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde müsse davon ausgegangen werden, dass die geäusserten Ängste nicht im Zentrum der Beschwerden stünden, sie seien von der Explorandin nicht spontan genannt und quasi gleichwertig im Rahmen der übrigen depressiven Beschwerden geschildert worden. Auch bezüglich der beschriebenen Angst habe die Explorandin widersprüchliche Angaben gemacht. Es habe sich während der Untersuchung zudem keine der Angst entsprechende vegetative Übererregbarkeit feststellen lassen. Die Ängste seien deshalb als Ausprägung der Depression zu erkennen. Die Kriterien für eine generalisierte Angststörung seien nicht erfüllt. Im Gegensatz zur Exploration im Mai 2010 hinterlasse die Explorandin in der aktuellen Untersuchungssituation nicht den Eindruck, unter schweren und quälenden Schmerzen zu leiden, zu keinem Zeitpunkt würden Mimik und Gestik ein Schmerzerleben andeuten. Aus diesem Grund könne aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht mehr begründet werden. Würden sich die Schmerzen nicht hinreichend durch eine körperliche Störung erklären lassen, müsse dennoch eine psychische Überlagerung im Sinne einer Schmerzfehlverarbeitung angenommen werden. Eine solche lasse sich jedoch keiner psychiatrischen Krankheit zuordnen und ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünde diesbezüglich nicht. Da die Explorandin subjektiv von andauernden Schmerzen ausgehe, die sich nicht verbessert hätten, kann der Zeitpunkt der Verbesserung des

Schmerzsyndroms nicht angegeben werden. Betreffend die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. E.____ fest, dass die Explorandin unter Berücksichtigung der gestellten Diagnosen, aber auch der aktuell festzustellenden bewusstseinsnahen Verdeutlichungs-, Dramatisierungs- und Aggravationstendenz insgesamt von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit von höchstens 40% auszugehen sei. Eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Die Einschränkung bestehe seit der ersten psychiatrischen Hospitalisation vom September 2010, wobei während der jeweiligen Hospitalisationen selbstredend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Vor September 2010 betrug die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit 20%. Bei der Versicherten würden sich auch Ressourcen erkennen lassen, zu nennen sei insbesondere die intakte psychische Funktionsfähigkeit in den familiären Beziehungen. Auch die Coping-Strategien seien als einigermaßen gut zu beurteilen.

E. 5.5

Gemäss Austrittsbericht der Klinik I.____ vom 18. Juli 2013 befand sich die Beschwerdeführerin vom 9. April 2013 bis 17. Juni 2013 erneut in stationärer Behandlung. Als Schlussdiagnosen seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), sowie verschiedene Z-Diagnosen festzuhalten.

E. 5.6

Nachdem in den Jahren 2013 respektive 2014 ein Belastbarkeitstraining gescheitert war, holte die Beschwerdegegnerin aktuelle Berichte der behandelnden Ärzte ein. In seinem Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 13. November 2014 diagnostiziert der behandelnde Psychiater Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwer, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F.33.2), chronifizierte depressive Phase; ein Status nach kindlicher Polytraumatisierung, Misshandlung mit Persönlichkeitsveränderung (formal: ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstrukturen) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, traumakorrelliert (ICD-10 F45.4). Die Patientin sei sowohl in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig.

E. 5.7

Die Beschwerdegegnerin erachtete aufgrund von erneuten Hospitalisationen der Beschwerdeführerin und der aktuellen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. J.____ die Durchführung einer weiteren Verlaufsbegutachtung als angezeigt. Nachdem das Kantonsgericht mit Urteil vom 27. August 2015 die dagegen erhobene Beschwerde abgewiesen hatte, holte sie bei Dr. E.____ ein weiteres Verlaufsgutachten ein. Mit Gutachten vom 21. Juni 2016 stellte Dr. E.____ die Diagnosen einer rezidivierenden, ängstlich gefärbten depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.10, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) und akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit). Anlässlich der aktuellsten Untersuchung habe die Explorandin ein Schmerzsyndrom mit Schmerzen im ganzen Körper beklagt. Sie sei nicht in der Lage, eine Angabe zur Schmerzintensität zu machen, betone lediglich, dass sie andauernd unter intensiven Schmerzen leide, die sie mit Analgetika sowie Physiotherapien behandle. Während der 110 Minuten dauernden Untersuchung habe sie ruhig auf dem Stuhl sitzen

bleiben können, lediglich zweimal hätten Mimik und Gestik kurzzeitig beim Wechsel der Sitzposition ein Schmerzerebnis angedeutet. Sie habe die Praxisräume ohne äusserlich sichtbare Behinderung betreten. Am Ende der Untersuchung sei sie mit einem ausgeprägten Schmerzgebaren aufgestanden und die Räumlichkeiten hinkend und mit den Armen die Wände entlang tastend verlassen, was einen aufgesetzten und demonstrativen Eindruck hinterlassen habe. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht mit Sicherheit gestellt werden. Die Versicherte habe insgesamt nicht den Eindruck hinterlassen, unter andauernden, schweren und quälenden Schmerzen zu leiden. Die erhobenen Befunde und Anamnese würden wie bei den letzten Explorationen die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien erfüllen. Aufgrund der längeren Dauer der Depression sei mittlerweile von einer rezidivierenden Störung mit chronischem Verlauf auszugehen. Im Vergleich zu den Befunden im letzten Austrittsbericht der Klinik I._____ vom 18. Juli 2013 sei es bis zum aktuellen Zeitpunkt zu einer Teilverbesserung gekommen, insofern, als die Affektmodulation nicht mehr deutlich eingeschränkt sei und die Versicherte im Verlauf des Gesprächs auch ab und zu lächeln könne. Ausserdem lasse sich eine ausgeprägte Willensstärke und Entscheidungsfähigkeit feststellen, die bei Vorliegen eines schweren Grades der Depression kaum vorstellbar seien. Während der Untersuchung habe sich die Explorandin ferner stets konzentriert gezeigt, auch wenn sie auf die ihr gestellten Fragen nicht immer direkt eingegangen sei. Zu Beginn der Untersuchung sei die Stimmung gedrückt gewesen und die Explorandin habe einen etwas müden Eindruck hinterlassen, im Verlauf des Gesprächs habe sie sich aber zusehends vitaler und präsenter gezeigt. Hinweise für Müdigkeitserscheinungen hätten sich keine mehr erkennen lassen. Diesbezüglich sei es im Vergleich zu den Befunden im Jahr 2011 eher zu einer leichten Verbesserung, keinesfalls zu einer Verschlechterung gekommen. Die Angaben der Explorandin seien nicht immer konsistent und zum Teil widersprüchlich gewesen, in Bezug auf die Kontakte mit Freundinnen und der Mitbeteiligung am Haushalt auch im Vergleich zu den Aussagen anlässlich der Begutachtung vom Dezember 2011. Die Versicherte berichte auch, dass sich sowohl die Schmerzen als auch die depressiven Beschwerden seit 2011 bis heute stetig verschlechtert hätten, ohne dies weiter präzisieren zu können. Unverändert gegenüber den Befunden vom Jahr 2011 habe sich eine zeitweise festzustellende histrionische Ausgestaltungstendenz erkennen lassen. Darüber hinaus sei nach wie vor von einer zeitweise festzustellenden bewusstseinsnahen Aggravationstendenz auszugehen. Als weitere Ressource lasse sich nach wie vor die psychische Funktionsfähigkeit in den Beziehungen zu den beiden Töchtern, dem Ehemann, dem Bruder und der Schwägerin, zusätzlich einer Schwester des Ehemannes, Nachbarinnen und vielen Freundinnen nennen. Aufgrund der erwähnten Inkonsistenzen würden jedoch keine verlässlichen Aussagen über anderweitige Ressourcen, das Fähigkeitsniveau oder der Aktivitäten in allen vergleichbaren Lebensbereichen machen lassen. Zusammenfassend sei nach wie vor und seit 2011 unverändert von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer alternativen Tätigkeit von höchstens 40% auszugehen, ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit. Vorübergehend sei für die Zeit der psychiatrischen Hospitalisation im Jahr 2013 eine Verschlechterung anzunehmen. Aus rein psychiatrischer Hinsicht seien berufliche Massnahmen an und für sich indiziert. Spezielle Anforderungen an einen künftigen Arbeitsplatz seien nicht zu nennen. Aufgrund der subjektiven Überzeugung der Explorandin, zu keiner Tätigkeit mehr fähig zu sein, würden berufliche Massnahmen jedoch wohl nicht erfolversprechend sein. Ergänzend sei auszuführen, dass

sich das Scheitern der Eingliederungsbemühungen aus rein psychiatrischer Sicht nicht hinreichend erklären liesse. Probleme bei der Eingliederung durch das Störungsbild selbst seien lediglich im Umfang von etwa 40% zu erwarten. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2017 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Gutachten der Dres. D.____ und E.____ vom 5. respektive 8. Mai 2010 sowie die Verlaufsgutachten von Dr. E.____ vom 29. Dezember 2011 und insbesondere vom 21. Juni 2016 ab. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherten eine körperlich angepasste Tätigkeit im Umfang von 60% zumutbar sei. Wie unter Erwägung 4.3 hiervoor ausgeführt, 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. Solche Indizien liegen nicht vor. Die Gutachten der Dres. D.____ und E.____ sind – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervoor) –für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzen sich ausführlich mit den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander und sind in den Schlussfolgerungen überzeugend. Insbesondere legen die Gutachter auch nachvollziehbar dar, wie sich die erhobenen Befunde und Diagnosen von denjenigen unterscheiden, die im Rahmen der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 1998 vorlagen. So führt Dr. E.____ überzeugend aus, dass eine schwere depressive Episode nicht mehr festgestellt werden kann. Die Affektmodulation der Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt des aktuellsten Gutachtens vom 21. Juni 2016 nicht mehr deutlich eingeschränkt, sie beteiligt sich am Haushalt und pflegt Kontakte auch ausserhalb der Familie. Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen sowie eine wesentliche Müdigkeit waren im Vergleich zu den Befunden zum Zeitpunkt der Rentenzusprache nicht mehr festzustellen. Die Beschwerdeführerin berichtete bereits im Zeitpunkt des ersten Revisionsgutachtens vom 5. Mai 2010 nicht mehr, dass sie fast den ganzen Tag im Bett verbringe und sich zu nichts fähig führe. Auch das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wird von Dr. E.____ schliesslich nachvollziehbar verneint. Während eine solche im Gutachten vom 5. Mai 2010 noch festgestellt wurde (wenn auch nur in einem leichten Grad und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit), führte Dr. E.____ ab 2011 aus, dass die Beschwerdeführerin im Vergleich zu damals nicht den Eindruck hinterlasse, unter quälenden, schweren Schmerzen zu leiden. Sollten somatisch nicht erklärbare Schmerzen vorliegen, so müsse eine psychische Überlagerung im Sinne einer Schmerzfehlverarbeitung angenommen werden, die sich jedoch nicht unter eine psychiatrische Krankheit subsumieren liesse. Insgesamt weist Dr. E.____ überzeugend aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen Rentenzusprache verbessert hat. Die Gutachten entsprechen damit auch den bundesgerichtlichen Vorgaben zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts in Revisionsfällen (vgl. E. 4.5 hiervoor). Sie lassen damit eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, weshalb die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage darauf grundsätzlich abstellen durfte. 6.2.1 Daran vermögen auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Sie macht zunächst in

Bezug auf die Gutachten von Dr. E.____ verschiedene formelle Mängel geltend. So sei die Untersuchungsdauer zur Begutachtung vom 3. Mai 2016 mit 110 Minuten eindeutig zu kurz gewesen, um den komplexen Gesundheitszustand und die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin genau zu erfassen und zuverlässige Diagnosen zu stellen. Dem ist entgegenzusetzen, dass das Bundesgericht in ständiger Rechtsprechung statuiert, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankomme, sondern in erster Linie massgebend sei, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sei. Immerhin müsse der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2012, 8C_768/2011, E. 5.3.2 und 6. November 2009, 9C_664/2009, E. 3, je mit Hinweisen). Die Ausführungen der Beschwerdeführerin zu den im Strafrechtsverfahren geforderten längeren Untersuchungsdauern und der medizinisch-wissenschaftlichen Gleichwertigkeit der Expertisen in den beiden Rechtsgebieten sind eher akademischer Natur, ohne einen konkreten Bezug zu den Gutachten von Dr. E.____ aufzuzeigen. Inhaltlich erscheint das Gutachten von Dr. E.____ vom 21. Juni 2016 durchaus als vollständig (vgl. auch E. 6.1 hiavor). Zu berücksichtigen ist jedoch insbesondere auch, dass es sich bei der Begutachtung vom 3. Mai 2016 um die dritte Begutachtung der Beschwerdeführerin bei Dr. E.____ handelte. Dass der zeitliche Aufwand beispielsweise für die Anamneseerhebung betreffend Vorgeschichte, Kindheit, berufliche Tätigkeiten, etc. bei einer wiederholten Begutachtung geringer ausfällt, ist nachvollziehbar. Unter diesem Umstand ist der betriebene zeitliche Untersuchungsaufwand in jedem Fall als hinreichend zu erachten (vgl. hierzu auch: Urteil des Bundesgerichts vom 6. November 2009, 9C_664/2009, E. 3). Weiter rügt die Beschwerdeführerin, dass das Gutachten vom 21. Juni 2016 einen falschen Wochentag für die Untersuchung nenne, zunächst nicht berücksichtigt worden sei, dass sie auf einen Dolmetscher angewiesen sei und die Akten bloss summarisch wiedergegeben würden. Ausserdem sei ein Telefonat mit dem Ehemann der Beschwerdeführerin nicht korrekt erfasst worden. Die Kritik der Beschwerdeführerin betrifft formelle Aspekte der Begutachtung und erscheint teilweise nicht unberechtigt. Indessen erweist sie sich letztlich als für die im Gutachten enthaltene Beurteilung als irrelevant und vermag die Glaubwürdigkeit des Gutachtens nicht zu erschüttern. Sowohl das Versehen bei der Datierung der Untersuchung als auch die Notwendigkeit, die erste angesetzte Exploration aufgrund des fehlenden Dolmetschers zu verschieben, hatten keinen Einfluss auf den Inhalt des Gutachtens. Derartiges wird auch von der Beschwerdeführerin nicht vorgebracht. Eine bloss summarische Wiedergabe der Aktenlage im aktuellsten Gutachten erscheint aufgrund der wiederholten Begutachtungen der Beschwerdeführerin durch Dr. E.____ nachvollziehbar. Der Beschwerdeführerin ist zwar zuzustimmen, dass das mit dem Ehemann geführte Telefonat – sofern ein solches stattgefunden hat – korrekterweise unter dem Titel "Fremdanamnese" zu erwähnen gewesen wäre. Indessen ist davon auszugehen, dass die Aussage des Ehemannes betreffend die familiäre Situation der Beschwerdeführerin und den einzunehmenden Medikamenten die Beurteilung von Dr. E.____ nicht wesentlich verändert hätte, zumal die Beschwerdeführerin nicht geltend macht, dass diese Aspekte ungenügend erfragt oder falsch erfasst worden seien. Sofern die Beschwerdeführerin überdies vorbringt, dass der Gutachter sie entgegen den Ausführungen im Gutachten nicht zu einschneidenden Erlebnissen befragt hätte, ist festzustellen, dass es sich bei diesem Vorbringen um eine reine Behauptung handle. Es ist nicht ersichtlich, weshalb Dr. E.____ festhalten würde, dass die Beschwerdeführerin einschneidende Erlebnisse verneint habe,

ohne dies zu erfragen. Im Übrigen bringt die Beschwerdeführerin nicht vor, dass sie diese Frage anders beantwortet hätte.

6.2.2 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass die gutachterliche Einschätzung widersprüchlich sei. Bereits das Gutachten vom 5. Mai 2010 habe gravierende Widersprüche aufgewiesen. So habe der Gutachter angegeben, anamnestisch seien die Symptome einer verminderten Konzentrationsfähigkeit und Müdigkeit festgestellt worden, um später auszuführen, dass weder Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, noch eine Müdigkeit oder Erschöpfung feststellbar gewesen seien. Dabei verkennt die Beschwerdeführerin, dass Dr. E.____ zunächst anamnestisch von den subjektiv geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin berichtete, um anschliessend seine eigenen Beobachtungen darzulegen. Dass zwischen der subjektiven Beschwerdeangabe und der objektiven Befunderhebung Diskrepanzen auftauchen können, ist in medizinischen Expertisen nicht unüblich. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dass ihr Verhalten während der Untersuchung von Dr. E.____ falsch interpretiert worden sei und insbesondere das demonstrative, aggravierende und teils widersprüchliche Verhalten krankheitsbedingt sei, ist ihr zu entgegnen, dass der Gutachter dies durchaus in seiner Beurteilung, namentlich im Rahmen der Diagnose "akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge", berücksichtigt hat. Die Kritik an der Einschätzung des Verhaltens der Beschwerdeführerin durch Dr. E.____ wird von dieser denn auch nicht weiter bzw. nicht substantiiert begründet. Die blosser Feststellung des entsprechenden Verhaltens durch den Gutachter vermag dessen Objektivität – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – nicht in Frage zu stellen. Bereits mit Entscheid des Kantonsgerichts vom 27. August 2015 wurde festgestellt, dass die Gutachten von Dr. E.____ vom 5. Mai 2010 und 29. Dezember 2011 grundsätzlich neutral und sachlich gehalten und keine Anhaltspunkte ersichtlich sind, die objektiv gegen seine Neutralität sprechen (Urteil des Kantonsgerichts vom 27. August 2015, KGE SV 720 2015 146/212, E. 4.3). Auch dem aktuellen Gutachten ist keine mangelnde Objektivität oder Neutralität zu entnehmen. Zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin betreffend die Interpretation ihrer ausserfamiliären Kontakte kann auf die Ausführungen von Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 7. April 2017 verwiesen werden. Wie dieser zu Recht ausführt, sind auch die Beziehungen zu Bekannten und Nachbarn im Rahmen einer kulturell als selbstverständlich verstandener sozialer Unterstützung als Kontakte zu werten, die gegen einen sozialen Rückzug sprechen.

6.2.3 Auch die abweichende Einschätzung des behandelnden Facharztes Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vermag die Beweiskraft der gutachterlichen Einschätzungen von Dr. E.____ letztlich nicht in Frage zu stellen. Dr. J.____ behandelt die Beschwerdeführerin seit Ende 1997. Mit Arztbericht vom 20. September 2016 diagnostizierte er eine rezidivierende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 33.2) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4). Es handle sich um einen chronifizierten Zustand, der bereits über Jahre andauere. Am 13. November 2014 hatte Dr. J.____ im Anschluss an die gescheiterten Eingliederungsmassnahmen überdies einen Status nach kindlicher Polytraumatisierung mit Persönlichkeitsveränderung festgestellt. Die Beschwerdeführerin bringt zu Recht vor, dass die Einschätzungen behandelnder Mediziner nicht von vornherein als unbeachtlich zu werten sind. Wie in Erwägung 4.4 hiervor ausgeführt, kann sich die Berücksichtigung dieser Einschätzungen aufdrängen, wenn die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Solche Aspekte sind den Berichten von Dr. J.____ indessen nicht zu entnehmen. Zwar hat

Dr. J.____ mit Bericht vom 20. September 2016 die Ergebnisse eines Mini-ICF festgehalten. Die Ergebnisse sind indessen nicht oder kaum begründet. Die übrigen Abweichungen der Einschätzung von Dr. J.____ zu derjenigen von Dr. E.____ scheinen insbesondere auf einer unterschiedlichen Interpretation zu beruhen und sind somit nicht geeignet, die externen Gutachten von Dr. E.____ in Zweifel zu ziehen. Insbesondere erscheint die von Dr. J.____ weiterhin gestellte Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht begründet, während die Verneinung derselben durch Dr. E.____ nachvollziehbar und schlüssig ist. Der Gutachter hat sich denn auch ausführlich mit den abweichenden ärztlichen Einschätzungen – sowohl von Dr. J.____ als auch von den behandelnden Ärzten der Klinik I.____ – auseinandergesetzt. 6.3 Zusammenfassend ist nach dem Ausgeführten festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gemäss der beweistauglichen Einschätzung der Dres. D.____ und E.____ wesentlich verbessert hat. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten bis selten mittelschweren Tätigkeit ohne übermässige Beanspruchung der rechten Hand im Umfang von 60% arbeitsfähig ist, ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit. 7.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 2.4 hiavor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 20. Februar 2017 zur Ermittlung des Invaliditätsgrades den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Dabei hat sie anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen (beide anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik ermittelt) einen Invaliditätsgrad von 40% ermittelt. Die Beschwerdeführerin beanstandet – zu Recht – weder das ermittelte Valideneinkommen noch den ermittelten Grundwert für das Invalideneinkommen. Hingegen rügt sie, dass vom herangezogenen Tabellenlohn kein leidensbedingter Abzug vorgenommen wurde. Aufgrund des wechselnden Schweregrades der depressiven Ausfälle sei an einem Arbeitsplatz immer wieder mit Ausfällen zu rechnen. Das dazu notwendige Entgegenkommen des Arbeitgebers werde erfahrungsgemäss mit einem unterdurchschnittlichen Lohn abgegolten. Ein Wiedereinstieg der Beschwerdeführerin in das Berufsleben nach 20 Jahren sei ausserdem mit einem Einarbeitungsaufwand verbunden. Ferner sei zu berücksichtigen, dass invalide Arbeitssuchende generell unterdurchschnittliche Löhne zu akzeptieren hätten. Aus diesen Gründen sei ein Abzug von 20% angezeigt. 7.2 Von dem gestützt auf statistische Werte ermittelten Invalideneinkommen sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 78 f. E. 5a). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 134 V 327 f. E. 5.2, 126 V 79 f. E. 5b/aa-cc). Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall

getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten abstützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näher liegend erscheinen lassen (BGE 126 V 81 E. 6 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3). 7.3 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen basierend auf der LSE 2014 Tabelle TA1, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, ermittelt. Damit ist die mangelnde Schul- und Berufsbildung der Beschwerdeführerin bereits berücksichtigt. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung wirken sich bei Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt überdies weder das Alter noch die mangelnden Deutschkenntnisse lohnmindernd aus (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C_168/2015, E. 5.3, mit Hinweis, vom 17. November 2015 9C_380/2015, E. 3.2.4, und vom 20. Februar 2014, 8C_672/2013, E. 3.3). Indessen wäre aufgrund der langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sowie – soweit dies nicht bereits in der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. E.____ enthalten wäre – der möglichen krankheitsbedingten Ausfällen ein leidensbedingter Abzug von höchstens 10% angemessen. Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 29'193.– (Fr 54'062.– x 60% - 10%) würde nach Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 54'062.– ein Invaliditätsgrad von 46% resultieren. Ein angemessener leidensbedingter Abzug von 10% würde sich somit nicht rentenerhöhend auswirken.

E. 8

Zusammenfassend folgt aus dem Ausgeführten, dass die Beschwerdegegnerin die ganze Invalidenrente der Beschwerdeführerin zu Recht auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

E. 9

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten, die praxisgemäss auf Fr. 800.– festgesetzt werden, ihr zu auferlegen sind. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wettzuschlagen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.– verrechnet. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Gegen diesen Entscheid hat die Beschwerdeführerin am 15. Januar 2018 Beschwerde beim Bundesgericht (Verfahren Nr. 9C_46/2018) erhoben.

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