

BL_GERICHTE 720 17 1/242 vom 7. September 2017

BL Gerichte, 2017-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_17_1_242

FR: BL_GERICHTE 720 17 1/242 du 7 septembre 2017

IT: BL_GERICHTE 720 17 1/242 del 7 settembre 2017

Regeste

IV-Rente

Volltext

Basel-Land Kantonsgericht Abteilung Sozialversicherungsrecht 07.09.2017 720 17 1/242

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 7. September 2017 (720 17 1/242) Invalidenversicherung Würdigung eines verwaltungsexternen bidisziplinären Gutachtens mit Blick auf eine abweichende Stellungnahme des behandelnden Arztes. Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Stephan Paukner Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach gegen IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin Betreff IV-Rente A. Die 1966 im Kosovo geborene A.____ ist verheiratet und Mutter dreier Kinder. Nach ihrer Einreise in die Schweiz arbeitete sie zunächst an verschiedenen Stellen im Reinigungsbereich. Seit dem Jahr 2010 ist sie arbeitslos und als Hausfrau tätig. Mitte Juni 2014 erlitt sie einen Zusammenbruch und musste vorübergehend psychiatrisch hospitalisiert werden. B. Am 10. September 2014 meldete sich A.____ unter Hinweis auf das Vorliegen einer schweren Depression sowie einer Psychose bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung ihrer gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse, namentlich nach Eingang eines bidisziplinären, psychiatrisch-rheumatologischen Gutachtens der Dres. B.____ und C.____ vom 5. und 7. Januar 2016, sprach ihr die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 28. September 2016 in Anwendung der gemischten Methode mit den Anteilen 80% Erwerb und 20% Haushalt ab 1. Mai 2015 auf der Basis eines IV-Grads von 55% eine per Ende März 2016 befristete halbe IV-Rente zu. C. Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 2. Januar 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung ein gerichtliches Gutachten zur Frage ihrer Arbeitsfähigkeit anzuordnen, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen vorbringen, dass auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B.____ und C.____ nicht abgestellt werden könne, da die beiden Gutachter nicht alle Befunde und Beschwerden berücksichtigt hätten. Im Weiteren könne nicht die gemischte Methode zur Anwendung gelangen, weil die Versicherte im Gesundheitsfall von der Sozialhilfe abhängig und deshalb angehalten wäre, einer vollen Erwerbstätigkeit nachzugehen. D. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 17. Februar 2017 auf Abweisung der Beschwerde. E. Mit Replik vom 31. Mai 2017 hielt die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf eine Stellungnahme ihres behandelnden

Psychiaters vom 28. Mai 2017 fest, dass insbesondere die psychiatrische Teilbegutachtung im Verwaltungsverfahren in mehrfacher Hinsicht widersprüchlich ausgefallen sei. Es liege eine unvollständige Abklärung des medizinischen Sachverhalts vor. F. Die IV-Stelle hielt unter Hinweis eines Berichts ihres regional-ärztlichen Dienstes (RAD) vom 13. Juli 2017 mit Duplik vom 31. Juli 2017 daran fest, dass die gutachterliche Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Januar 2017 durch die Einwände des behandelnden Psychiaters nicht umgestossen werden könne. An der angefochtenen Verfügung vom 28. September 2016 sei festzuhalten. Das Kantonsgericht zieht in Erwägung: 1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 2. Januar 2017 ist demnach einzutreten. 2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2). 2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 2.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger

Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1).

2.5 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG).

2.6 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; Art. 28a Abs. 3 IVG). Ist bei diesen Versicherten anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961).

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die

Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

3.4 Zu beachten ist sodann, dass die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraussetzt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. 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 294 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 127 V 294 E. 4c in fine).

3.5 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht (BGE 115 V 133 E. 8b mit zahlreichen weiteren Hinweisen; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 451 Rz 43 ff.).

4.1 Die IV-Stelle ist in der angefochtenen Verfügung davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten spätestens im Dezember 2015 verbessert habe. Nachdem ihr zuvor eine nur reduzierte Arbeitsfähigkeit im Umfang von 30% zumutbar gewesen sei, sei es ihr ab Dezember 2015 möglich gewesen, einer ihrem Leiden angepassten Tätigkeit im Umfang von 80% nachzugehen. Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stützte sich die IV-Stelle dabei auf die Ergebnisse des von ihr eingeholten bidisziplinären Gutachtens der Dres. B.____ und C.____.

4.1.1 In seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 7. Januar 2016 erhob Dr. med. B.____, FMH Rheumatologie, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ausgeprägte Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung, einem nicht rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend, eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits sowie unspezifische Kreuzschmerzen zu diagnostizieren. Den anamnestischen Angaben zufolge leide die Versicherte an Kreuzschmerzen, welche sie bei der IV-Anmeldung allerdings nicht angegeben habe. Diese würden in den Kopf ausstrahlen und von dort in die Knie. Diese

Schmerzen hätten an Intensität nunmehr zugenommen. Auch die Geräusche im Kopf seien lauter geworden. Ihr Hausarzt habe sie einmal zur ärztlichen Beurteilung ins Bethesda Spital nach Basel geschickt. Sie wisse nicht mehr, was man ihr dort gesagt habe. Auf die Frage bezüglich der aktuellen Medikation habe die Versicherte unter anderem vier verschiedene Psychopharmaka sowie weitere Medikamente hervorgeholt. Sie sei nicht in der Lage gewesen, diese Medikamente zu bezeichnen, sondern habe vielmehr erklärt, diese einfach einzunehmen, wie sie verordnet worden seien. Sie wisse nicht, wofür die Medikamente im Einzelnen seien, sie nehme sie aber trotzdem weiter ein, vielleicht würden sie in Zukunft doch noch helfen. Gemäss rheumatologischer Untersuchung habe die Versicherte beim Besteigen der Untersuchungsliege spontan eine gewisse Zeit die Langsitz-Position eingenommen, ohne dabei eine Schmerzreaktion zu zeigen. Beim Aus- und Anziehen ihrer Kleider habe sie jeweils den Einbeinstand einnehmen können. Der gutachterlichen Beurteilung zufolge habe die Explorandin von Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und von dort aus in die Knie berichtet. Bereits diese Anamnese weise deutlich darauf hin, dass kein eigentliches somatisches Krankheitsbild vorhanden sei. In den Akten finde sich lediglich in einem psychiatrischen Bericht vom 16. Oktober 2014 die Diagnose eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne sensomotorische Defizite. Dies entspreche einer beschreibenden Diagnose im Sinne der angegebenen Kreuzschmerzen ohne klinisch objektivierbare Befunde für eine radikuläre Problematik. In der aktuellen klinischen Untersuchung würden sich vordergründig ausgeprägte klinische Zeichen von nicht somatisch begründbaren Beschwerden finden lassen. Klinische Hinweise auf relevante diskogene Kreuzschmerzen, eine Radikulärsymptomatik oder ein so genanntes Fazetten-Syndrom bestünden keine. Insgesamt könne kein relevantes rheumatologisches Krankheitsbild am Bewegungsapparat erhoben werden. Auch die muskulären Dysbalancen seien klinisch nicht ausgeprägt. Hinweise auf ein entzündlich-rheumatologisches Geschehen bestünden ebenfalls nicht. Diese Beurteilung werde durch die vorliegenden bildgebenden Abklärungen unterstützt, wonach altersentsprechende Befunde dokumentiert worden seien. Aus rein rheumatologischer Sicht könne weder retrospektiv noch aktuell in irgendeiner Tätigkeit eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Es würden sich weder klinische noch radiologische Befunde finden lassen, die eine Einschränkung begründen würden. 4.1.2 Den anamnestischen Angaben im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. C. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Januar 2016 kann entnommen werden, dass die eingenommenen Schmerzmittel keine Wirkung zeigen würden. Die Versicherte würde sie trotzdem in der Hoffnung einnehmen, dass sie doch einmal wirken könnten. Dabei gebe sie skalenmässig eine andauernde, maximale Schmerzintensität an. Sie habe einfach starke Schmerzen. Unter Angst leide sie nicht, bedrückt oder traurig sei sie ebenfalls nicht. Manchmal könne sie auch lachen. Auf Nachfrage habe sie jedoch korrigiert, dass sie seit Jahren eigentlich nicht mehr richtig gelacht habe, sie ertrage auch keine lauten Stimmen mehr. Auf weitere Befragung hin habe sie dann strahlend berichtet, dass sie Stimmen höre, die ihr sagten, wohin sie gehen müsse und was sie tun solle. Freuen könne sie sich nicht mehr so sehr wegen ihrer Schmerzen. Zum Schlafen nehme sie Tabletten ein, sie könne jedoch wegen der Schmerzen nicht so gut schlafen. Seit sie krank sei, sei ihr Leben sinnlos, sie leide sehr oft unter Suizidgedanken. Konkrete Suizidgedanken hätten sich auf Nachfrage aber nicht eruieren lassen. Ihr Zustand sei immer gleich. Einmal sei sie in der Klinik gewesen, wisse jedoch nicht mehr wann. Lächelnd habe die Explorandin erklärt, dass sie auch nicht wisse, in welcher Klinik sie gewesen sei. Nachdem ihr mitgeteilt worden sei, dass sie letztes Jahr im Sommer in der

psychiatrischen Klinik in D.____ gewesen sei, habe sie geantwortet, dass sie sich nicht an diesen Klinikaufenthalt erinnern könne. Auf weitere Befragung hin habe sie lachend berichtet, nicht zu wissen, wer der Untersucher sei. Lachend habe sie weiter berichtet, dass sie wahrscheinlich eine gute Kindheit gehabt habe, sie könne sich aber nicht an ihre Kindheit erinnern. Sie sei ein fröhliches und eher ruhiges Kind gewesen, das gerne in die Schule gegangen sei. Sie habe an verschiedenen Arbeitsstellen immer in der Reinigung gearbeitet, wisse jedoch nicht mehr genau wo. Sie könne sich an keinen einzigen Arbeitsort mehr erinnern. Die letzte Arbeitsstelle in einem Restaurant sei ihr gekündigt worden. Ihr damaliger Vorgesetzter habe dazumal etwas zu ihr gesagt, sie könne sich daran jedoch ebenfalls nicht mehr erinnern. Der Sozialanamnese zufolge habe die Explorandin studieren müssen, was ihre Tochter beruflich arbeite; dann habe sie erwähnt, dass die Tochter sich um alte Menschen kümmere, sie sei im Pflegeberuf tätig. Kontakt habe die Versicherte zu niemandem, sie könne nicht aus dem Haus gehen. Sie wisse auch nicht, wann und wie oft sie zum Psychiater gehe. Auf die Bemerkung hin, dass sie letztes Jahr in D.____ in Behandlung gewesen sei, habe die Explorandin erklärt, dies nicht zu wissen. Auch habe sie geäußert, keine Ahnung zu haben, welche Medikamente sie einnehme. Dem Befund von Dr. C.____ zufolge sei der Redefluss ungehindert. Die Explorandin könne den Blickkontakt problemlos halten. Insgesamt hinterlasse sie einen einfach strukturierten und wenig differenzierten Eindruck. Das Bewusstsein sei klar, die Orientierung zeitlich, örtlich und situativ jedoch nicht vorhanden gewesen. Sie hinterlasse indessen einen sehr konzentrierten und sehr aufmerksamen Eindruck; so höre sie beispielsweise als einzige das leise Klopfen des Ehemannes an der Praxistüre, welcher nachträglich die Medikamente mitgebracht habe. Die Stimmung sei wechselhaft gewesen. Die Versicherte habe immer wieder lächeln können. Dann wiederum über belastende Themen sei ihre Stimmung bedrückt-weinerlich gewesen. Mit ihrer Tochter habe sie am Telefon beispielsweise mit einer völlig normalen Stimme gesprochen, nachdem sie sich zuvor mit einer weinerlichen Stimme über ihre Beschwerden beklagt habe. Sie sei jeweils mit einem Stöhnen aufgestanden, dann habe sie mit den Hüften hin- und her gewippt, was einen aufgesetzten und demonstrativen Eindruck hinterlassen habe. Die Beschwerdeschilderung sei vage, diffus und wenig fassbar gewesen. Ausserdem sei eine ausgeprägte Dramatisierungstendenz zu erkennen gewesen. Die Versicherte habe keine präzisen zeitlichen Angaben machen können. Während der gesamten Dauer der zweistündigen Exploration hätten sich klinisch jedoch keine Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen und insbesondere auch keine Ermüdungszeichen feststellen lassen. Psychomotorisch habe die Explorandin einen leicht angespannten Eindruck hinterlassen. Gemäss den fremdanamnestischen Angaben des behandelnden Psychiaters zufolge liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Weiter leide die Versicherte gemäss dessen Angaben unter einem unklaren Stimmengewirr. Seit der Verordnung von Neuroleptika sowie von Citalopram lache sie mehr, insgesamt gehe es ihr besser als noch im Frühjahr 2014. Sie sei jedoch überhaupt nicht integriert. Es seien massive invaliditätsfremde Faktoren vorhanden, doch diese würden ja nicht berücksichtigt. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom zu diagnostizieren. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien akzentuierte, histrionisch-regressive Persönlichkeitszüge sowie ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu erheben. Der psychiatrischen Beurteilung zufolge liessen sich keine ausgeprägten emotionalen Konflikte nachweisen. Es bestünden finanzielle Schwierigkeiten, die Versicherte sei schlecht integriert und spreche lediglich leidlich Deutsch. Dabei handle es sich jedoch um nicht

medizinische Faktoren. Unter (recte: ohne) Berücksichtigung dieser Faktoren lasse sich lediglich ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizieren. Es sei zu erwähnen, dass in der aktuellen Untersuchung Diskrepanzen bezüglich der Schmerzäußerung festzustellen seien. Insgesamt hinterlasse die Explorandin einen aufgesetzten und demonstrativ wirkenden Eindruck. Die Symptome der verminderten Fähigkeit, sich freuen zu können, der Vergesslichkeit, der verminderten Konzentrationsfähigkeit, der Müdigkeit, der Schlafstörung, des verminderten Selbstvertrauens sowie des Gefühls einer allgemeinen Sinnlosigkeit und der häufigen Suizidgedanken würden die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien erfüllen. Auffallend sei jedoch, dass sich die Versicherte auf gezielte Befragung hin über keine gereizt-aggressive oder bedrückt-traurige Stimmung oder Ängste beklage. Auch würden sich keine konkreten Suizidgedanken eruieren lassen. Für die Depression seien die andauernden Schmerzen ursächlich. Indes liessen sich keine emotionalen Konflikte nachweisen. Möglicherweise habe ein Paarkonflikt vorgelegen, der sich gemäss den Angaben der Versicherten aber nicht mehr nachweisen lasse. Es könnten auch einige psychosoziale Belastungen festgestellt werden; dabei handle es sich jedoch um nicht medizinische Faktoren. In der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung wechselhaft gewesen. Eine von der Explorandin subjektiv geklagte Müdigkeit oder verminderte Konzentrationsfähigkeit lasse sich während der Untersuchung klinisch nicht feststellen. Im Gegenteil hinterlasse sie einen sehr konzentrierten und aufmerksamen Eindruck. Diese Tatsache stehe im Gegensatz zu ihren sehr unpräzisen und diffusen Angaben. So erkläre sie beispielsweise, nicht zu wissen, wo sie sich aktuell befinde, bzw. sie erkläre, nicht genau zu wissen, ob ihr Ehemann jünger sei als sie und ob er eine Rente beziehe; auch gebe sie das Alter ihrer Tochter nur vage an. Viele Frage beantworte sie damit, die Antwort nicht zu wissen. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren sei der Schweregrad der Depression als leichtgradig zu beurteilen. Schliesslich sei zu erwähnen, dass die Explorandin auf die gezielte Befragung nach einem Stimmenhören über das ganze Gesicht strahle und erkläre, dass sie Stimmen höre. Dieses Verhalten sei inadäquat. Das von ihr geklagte Stimmenhören sei insgesamt am ehesten als Ausdruck eines pseudopsychotischen Phänomens zu betrachten. Differenzialdiagnostisch wäre an eine Belle indifférence im Rahmen akzentuierter histrionischer Persönlichkeitszüge zu denken. Auch falle auf, dass die Explorandin während der aktuellen Untersuchung angebe, nicht zu wissen, wie oft sie zu Besuch in den Kosovo reise und wann sie zum letzten Mal in ihrer Heimat gewesen sei. Demgegenüber habe sie gegenüber Dr. B.____ in der rheumatologischen Untersuchung angegeben, vor zwei Wochen zum letzten Mal im Kosovo gewesen zu sein. Am ehesten sei dieses Verhalten als Ausdruck einer bewusstseinsnahen Aggravationstendenz zu verstehen. Auszugehen sei ausserdem davon, dass die Versicherte die ihr verordneten Psychopharmaka offenbar kaum, jedenfalls aber nicht regelmässig einnehme. Diese Tatsache könne als Ausdruck dafür gewertet werden, dass kein schwerer Grad einer Depression vorliege. Aufgrund der Beschwerden von Seiten der als leichtgradig zu beurteilenden depressiven Episode ohne somatisches Syndrom und unter Berücksichtigung der inkonsistenten und zum Teil widersprüchlichen Angaben lasse sich aus psychiatrischer Sicht eine aktuelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin wie auch in einer alternativen Tätigkeit von höchstens 20% begründen. Dabei sei eine gewisse Verminderung der Leistungsfähigkeit mit berücksichtigt. Aufgrund der unpräzisen Angaben der Explorandin liessen sich keine verlässlichen Angaben zum Verlauf der Depression machen. Mit Blick auf die Aktenlage sei davon auszugehen, dass

seit dem Beginn der Behandlung in der E.____ im Mai 2014 infolge des diagnostizierten Schweregrads der Depression eine mindestens 70%-ige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bestanden haben dürfte. Retrospektiv sei davon auszugehen, dass es spätestens im November 2015 zu einer Verbesserung der Depression gekommen sei. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge und der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung hätten dabei keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Verlässliche Angaben zu den Ressourcen oder dem Fähigkeitsniveau der Explorandin liessen sich aufgrund der häufig diffusen, inkonsistenten und zum Teil widersprüchlichen Angaben keine machen. Es könnten auch keine Angaben zu den Copingstrategien gemacht werden, da während der aktuellen Untersuchung oft ein aufgesetzt und demonstrativ wirkendes Verhalten der Versicherten festzustellen gewesen sei. Im Vergleich zum Bericht der Klinik E.____ vom 16. Oktober 2014 lasse sich aktuell weder ein durchgehend niedergeschlagener Eindruck nachweisen noch ein massiv verminderter Antrieb feststellen. Während der damaligen Hospitalisation in der Klinik D.____ sei es zu einer Remission der depressiven Beschwerden gekommen. In einem weiteren Bericht der E.____ vom 9. Oktober 2014 werde die Versicherte zwar nach wie vor als schwer depressiv bezeichnet. Formal werde in diesem Bericht auf die Hospitalisation zwischen dem 16. Juni bis 25. Juli 2014 verwiesen, jedoch würden keine Angaben über die Remission während des Klinikaufenthaltes gemacht. Dies sei nicht nachvollziehbar. Gemäss den telefonischen Angaben des aktuell behandelnden Psychiaters habe sich eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich zum Zustand im Frühling 2014 bestätigt. Diesbezüglich würden sich keine relevanten Diskrepanzen ergeben. Der behandelnde Psychiater diagnostiziere eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die aufgrund der aktuellen Untersuchung jedoch nicht bestätigt werden könne. Übereinstimmend sei indes davon auszugehen, dass erhebliche IV-fremde Faktoren vorliegen würden. Darüber hinaus seien in der aktuellen Untersuchung auch erhebliche Inkonsistenzen und Widersprüche in den Angaben der Explorandin festzustellen gewesen. Dies dürfte die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit weitgehend erklären. An medizinischen Massnahmen werde die Weiterführung der bestehenden Gesprächsbehandlung empfohlen. Auch die psychopharmakologische Therapie sollte weitergeführt werden, wobei die Versicherte zu einer verbesserten Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme motiviert werden sollte und regelmässige Blutkonzentrationsbestimmungen zu empfehlen seien. Eine mangelnde Therapieadhärenz lasse sich aufgrund der mangelnden Compliance bezüglich der Einnahme der Psychopharmaka nicht nachweisen. Bis heute hätten keine Eingliederungsbemühungen stattgefunden.

4.2 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens liess die Versicherte zusammen mit ihrer Beschwerdebegründung diverse zusätzliche medizinische Unterlagen einreichen. Aus dem MRT-Bericht der F.____ vom 4. Februar 2016 (Beilage 5 der Beschwerdebegründung) geht hervor, dass weder an der HWS noch der LWS ein fokaler knöcherner Prozess erhoben werden konnte. An der HWS bestünden geringe multisegmentale Degenerationen, vor allem in Form von links betonten Facettengelenksarthrosen, zudem eine leichte Osteochondrose mit einer Diskusprotrusion auf Höhe C6/7. An der LWS bestünden mässige Facettengelenksarthrosen und eine Diskusprotrusion auf Höhe L3/4 sowie eine partiell vorbestehende, kleine Diskushernie auf Höhe L4/5 links lateral. Insgesamt lasse sich weder an der HWS noch an der LWS eine neurale Kompression nachweisen.

4.3 Dem Bericht des Spitals G.____ vom 10. Februar 2016 zufolge (Beilage 6 der Beschwerdebegründung) bestehe wegen einer deutlichen Mamma-Hypertrophie eine deutliche Haltungsinsuffizienz mit abgeflachter BWS-Kyphose,

verstärkter LWS-Lordose und protrahiertem Schultergürtel. Durch die Mamma-Hypertrophie komme es zu einem ventralen Schub und einer muskulären Überlastungssituation. Auf Höhe Th7/8 zeige sich radiologisch eine leichte Überlastungsreaktion im Sinne von knöchernen Abstützreaktionen. Hinweise auf eine radikuläre oder sensomotorische Ausfallsymptomatik bestünden zurzeit nicht. Zu empfehlen sei eine Mamma-Reduktionsplastik.

4.4 Sodann ist auf den Bericht von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Juli 2016 einzugehen. Darin diagnostiziert der behandelnde Psychiater der Versicherten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit schwerer, chronifizierter depressiver Störung und psychotischen Symptomen bei Problemen in Verbindung mit der Arbeitslosigkeit und ökonomischen Verhältnissen, mit einem Verdacht auf Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung und mit einem Verdacht auf einen Paarkonflikt bei Status nach Hospitalisation in der Klinik D.____ zwischen dem 16. Juni und dem 25. Juli 2014. Differentialdiagnostisch sei eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-abhängigen, depressiven und schizoiden Anteilen zu erheben. Die Versicherte sei von ihrem Hausarzt überwiesen worden, nachdem die vorgängigen Behandlungen durch die I.____ keine Verbesserung gebracht hätten. Insgesamt seien bisher 21 psychoanalytische und verhaltens-therapeutisch orientierte Gespräche durchgeführt worden, zu welchen die Versicherte stets verlässlich und pünktlich erschienen sei. Ausserdem habe sie bisher an 30 Gruppensitzungen für Schmerzpatientinnen teilgenommen. Insgesamt habe durch die bisherige ambulante Behandlung eine leichte Verbesserung der Allgemeinsituation erreicht werden können. Fremdanamnestisch gebe die Familie an, dass die Patientin wieder aktiver am Familienleben teilnehme und weniger depressiv wirke. Subjektiv berichte sie, dass die imperativen Stimmen leiser geworden seien und sie diese besser ignorieren könne. Unverändert seien jedoch die anhaltenden, invalidisierenden Kopf- und Rückenschmerzen, welche konstant und positionsunabhängig auftreten würden. Mögliche Ursachen dieser Schmerzen hätten bisher nicht eruiert werden können. Es bestehe jedoch die theoretische Möglichkeit, dass die voluminöse Mammae der Patientin eine der wahrscheinlichsten Ursachen ihrer Schmerzsymptomatik darstellen könnte. Es sei davon auszugehen, dass die Möglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung ausgeschöpft seien. Die Versicherte scheine sich im Verlauf der letzten Monate auf resignative Art und Weise mit ihrer Lebensqualität auf einem überaus tiefen Niveau abgefunden zu haben und könne sich heute von der vormals bestehenden akuten Suizidalität distanzieren. Die im Vorbescheid der IV beschriebene Verbesserung des Allgemeinzustandes dürfte in diesen Umständen begründet sein. Es ergäben sich jedoch keine Hinweise, dass sich ihre Arbeitsfähigkeit wie von der IV-Stelle postuliert per Dezember 2015 tatsächlich substantiell verbessert hätte. Es scheine weiterhin ausgeschlossen, dass die Patientin innert absehbarer Frist auf dem ersten Arbeitsmarkt wieder Fuss fassen könne. Selbst an einem geschützten Arbeitsplatz dürfte es ihr aufgrund ihrer Schmerzen und ihrer chronifizierten Depressivität nicht mehr möglich sein, eine adäquate Belastungs- und Leistungsfähigkeit zu erbringen. Der Rentenentscheid sei deshalb zu revidieren.

4.5 Der Stellungnahme von Dr. H.____ vom 28. Mai 2017 ist zu entnehmen, dass es sich bei der Symptomatik der Patientin gemäss der eigenen und den vorherigen Beurteilungen durch die behandelnden Ärzte um eine vorwiegend mittelschwere bis schwere depressive Störung handle, die zeitweise auch psychotische Symptome aufweise. Der Gutachter Dr. C.____ impliziere durch die Codierung seiner Diagnose ebenfalls ein zumindest mittelschweres Ausmass der Depression. Dr. C.____ begründe seine Diagnose einer nur leichten depressiven Störung vor allem mit der Remission, die

anlässlich der Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik D.____ eingetreten sei. Im entsprechenden Austrittsbericht werde allerdings keine Remission, sondern lediglich eine deutliche Besserung der Symptome beschrieben. Die wahrscheinlichste Variante sei, dass die Zustandsbesserung weniger durch die Medikamente, sondern vielmehr durch das therapeutische Milieu während des Klinikaufenthalts eingetreten sei. Entsprechend sei auch das Argument der mangelnden Compliance nicht stichhaltig. Viel wahrscheinlicher sei, dass die unzähligen bisher verordneten Psychopharmaka nicht zufriedenstellend gewirkt hätten bzw. unerwünschte Nebenwirkungen ausgelöst hätten und sich der Allgemeinzustand nach dem Klinik-Aufenthalt wieder rasch verschlechtert habe. Entsprechend habe die Patientin nur mehr unregelmässig an die Einnahme dieser wahrscheinlich unwirksamen Medikation gedacht. Die von Dr. C.____ beobachteten Diskrepanzen würden rein subjektiven und unspezifischen Wahrnehmungen und Interpretationen entsprechen und entbehrten jeglicher wissenschaftlicher Beweiskraft. Das als Parathymie definierte Missverhältnis zwischen dem gegenwärtigen inneren Erleben und dem äusseren Gefühlsausdruck sei ein in der Psychiatrie bekanntes und häufiges Phänomen. Im Zusammenhang mit den akustischen Halluzinationen dürfte der von Dr. C.____ verwendete Begriff "pseudopsychotisch" einer eigenen Wortschöpfung entstammen. Er bezichtige die Versicherte indirekt, ihre beschriebenen Symptome zu simulieren. Dr. C.____ äussere und begründe lediglich die Verdachtsdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, welcher er keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit beimesse. Die vorliegenden Unterlagen, die ausführlich dargestellten Angaben und Befunde sowie der Verlauf der Symptomatik würden hingegen die psychopathologischen Befunde einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung belegen, welche sich zunehmend zirka ab dem Jahr 2007 manifestiert habe. Als konstante somatische Korrelate seien dabei insbesondere der Kopf und der Bewegungsapparat zu bezeichnen. Dabei übersteige das Ausmass der somatischen Beschwerden die vermutlich psychogenen Schmerzen der mittelschweren Depressivität deutlich. Entgegen der Meinung von Dr. C.____ sei auch in keiner Weise nachvollziehbar, weshalb die anhaltende somatoforme Schmerzstörung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben soll; so habe das Bundesgericht in der Vergangenheit die somatoforme Schmerzstörung in Verbindung mit einer weiteren schwerwiegenden psychischen Erkrankung wie eine schwere depressive Störung als Grund für eine Rentenzusprache anerkannt. Von entscheidender Bedeutung scheine letztlich die Glaubwürdigkeit der Patientin und ihrer Familie zu sein, an welcher keinerlei Zweifel zu hegen sei. Insgesamt würden die Schilderungen und Symptome der Versicherten glaubhaft und nachfühlbar zu wirken. Es würden sich auch in ihrem Umfeld keine beweiskräftigen Hinweise auf eine wesentliche Aggravation oder Simulation ergeben. Diese leide an einer chronifizierten Krankheit, deren Ausmass realistisch keine weitere Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft mehr zulasse. Bei anhaltender Erfolglosigkeit der bisher erfolgten Behandlung und Medikation habe sich zuletzt verständlicherweise auch eine gewisse Resignation eingestellt. Letztlich würden der Patientin nicht nur die notwendigen materiellen, sondern krankheitsbedingt vor allem auch die persönlichen und kulturell-gesellschaftlichen Grundlagen fehlen, um die Selbstheilungskräfte und Ressourcen nachhaltig durchsetzen zu können. Dabei seien die Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft, so dass mit einem Wiedererlangen der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit realistisch nicht mehr gerechnet werden könne.

4.6 In medizinischer Hinsicht ist sodann auf folgende weitere Unterlagen von Relevanz einzugehen: 4.6.1 Gemäss Arztbericht der E.____ vom 18. März 2015 sei bei der Versicherten eine schwere

chronifizierte depressive Entwicklung ohne psychotische Symptome bestehend seit mindestens 2010 zu diagnostizieren. Der Zustand der Patientin sei während der gesamten Behandlung in der Zeit von Mitte Mai 2014 bis 19. November 2014 unverändert geblieben. Keine der psychotherapeutischen Interventionen hätten eine Veränderung bewirken können. Die Patientin habe keinerlei Psychopharmaka toleriert. So hätten insbesondere die Medikamente Duloxetin, Pregabalin und Agomelatin wegen Unverträglichkeit gestoppt werden müssen. Da die Befindlichkeit mit sozialpsychiatrischen Mitteln nicht im Geringsten beeinflussbar gewesen sei, habe man die Behandlung am 19. November 2014 im Einverständnis der Patientin beendet. Eine Veränderung der Situation sei nicht zu erwarten und durch sozialpsychiatrische Interventionen nicht beeinflussbar. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit lasse sich durch medizinische Massnahmen nicht verbessern.

4.6.2 Dem Arztbericht der E.____ vom 16. Oktober 2014 ist zu entnehmen, dass die Versicherte vom 16. Juni 2014 bis am 25. Juli 2014 stationär hospitalisiert gewesen sei. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne sensomotorische Defizite zu diagnostizieren. Die Patientin habe beim Eintritt berichtet, dass sie sich an nichts mehr erinnern könne. Sie wisse nicht, wo sie sei. Sie höre viele Stimmen und Geräusche. Es sei ein Durcheinander. Die Stimmen würden ihr auch berichten, dass sie sterben solle. Diese Stimmen seien sehr belastend und sie müsse dagegen ankämpfen. Die Stimmen hätten vor eineinhalb Monaten begonnen, vorgängig leide sie bereits seit längerer Zeit an einer schweren depressiven Symptomatik. Unter der Erhöhung von Duloxetin und der Etablierung einer Therapie mit Olanzapin habe eine deutliche Besserung der Symptomatik beobachtet werden können. Die Patientin habe zunehmend am Therapieangebot teilgenommen und das Atelier sowie die Sport- und Frauentanzgruppe besucht. Der Befunderhebung zufolge sei die Patientin zeitlich, örtlich und situativ jedoch nicht orientiert gewesen. Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration seien schwer reduziert gewesen. Das Frischgedächtnis sei nicht überprüft worden, da die Patientin meinte, sich an nichts erinnern zu können. Das Langzeitgedächtnis sei schwer beeinträchtigt. Formalgedanklich sei sie deutlich verlangsamt, einsilbig und wortkarg gewesen. Der Affekt sei niedergeschlagen, apathisch und hoffnungslos gewesen. Es bestünden akustische Halluzinationen in Form eines Stimmenwirrwarrs und Geräuschen sowie wiederholte Suizidgedanken, -fantasien und -pläne aufgrund imperativer Stimmen. Aufgrund der Anamnese sei davon auszugehen, dass die Patientin seit mehreren Monaten unter einer Depression leide, welche durch die schwierige soziale Situation (Migration, Arbeitslosigkeit, langjähriger Paarkonflikt) exazerbiert und es so in den Wochen vor dem Klinikeintritt zu psychotischen Symptomen gekommen sei. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Einschränkungen liessen sich aber durch medizinische Massnahmen verhindern und es könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. der Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden.

4.6.3 Einem weiteren Arztbericht der E.____ vom 9. Oktober 2014 kann entnommen werden, dass die Versicherte seit ihrem Klinikaustritt letztmals am 13. Oktober 2014 ambulant kontrolliert worden sei. Zu diagnostizieren sei eine schwere und chronifizierte depressive Episode, gegenwärtig ohne psychotische Symptome. Im Rahmen der stationären Behandlung seien die imperativen Stimmen und die akute Suizidalität zurückgedrängt worden, das depressive Zustandsbild sei jedoch aufrecht geblieben. Der Befunderhebung zufolge sei die Patientin bewusstseinsklar und allseits orientiert. Sie wirke jedoch immer wieder abwesend und könne sich nicht auf das Gespräch konzentrieren, sondern müsse aufgefordert werden,

daran teilzunehmen. Das Denken sei sehr stark eingeengt auf ihre psychische Befindlichkeit und auf die Schmerzen, ausserdem sei es stark verlangsamt. Die früher festgestellten imperativen Stimmen kämen nur noch vereinzelt und schwach vor. Die Versicherte sei affektarm, ihre Vitalgefühle seien stark herabgesetzt. Sie sei sehr deprimiert und hoffnungslos. Der Antrieb sei ebenfalls sehr stark herabgesetzt. Es liege ein starker sozialer Rückzug vor. Gegenwärtig bestünden latente Suizidgedanken. Die Behandlung bestehe in einer wöchentlich stattfindenden psychotherapeutischen Behandlung und in einer medikamentösen Behandlung, deren Fortsetzung empfohlen werde. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf Weiteres 100%. Die Patientin sei nach wie vor schwer depressiv und sozial sehr zurückgezogen, was sich auf alle Bereiche ihrer Arbeitsfähigkeit auswirke. Sie sei nicht fähig, sich in einen Arbeitsablauf einzuordnen, könne sich nicht an Regeln und Routinen anpassen sowie wegen ihrer Passivität und Apathie weder planen noch ihre Aufgaben strukturieren. Sie sei sehr ermüdbar und in der Kontaktfähigkeit zu Dritten fast vollständig eingeschränkt. Eine Arbeitstätigkeit sei aktuell unmöglich. Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen nicht verhindern. Mit einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden. 5.1

Festzustellen ist, dass das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B.____ und C.____ ein insgesamt schlüssiges Bild betreffend die gesundheitliche Verfassung der Beschwerdeführerin ergibt. Insbesondere erfüllt es alle rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Verwaltungsgutachten. Wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 3.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das fragliche Gutachten der Dres. B.____ und C.____ ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird - für die streitigen Belange umfassend. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt entgegen der in der Beschwerdebeurteilung vertretenen Auffassung alle geklagten Beschwerden der Versicherten und ist in Kenntnis aller relevanten Vorakten abgegeben worden. Die beiden Teilgutachten basieren sodann auf einer detaillierten Anamnese unter Einbezug auch fremdanamnestischer Angaben insbesondere des behandelnden Psychiaters. Die Schlussfolgerungen in den beiden Teilgutachten sind sorgfältig hergeleitet und leuchten damit auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Gesamtsituation ein. Die Gutachter setzen sich beide letztlich auch mit den übrigen ärztlichen Einschätzungen auseinander. Damit erweisen sich auch ihre Schlussfolgerungen als überzeugend. Beide Gutachter nehmen eine nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vor. Dabei kommt insbesondere der psychiatrische Teilgutachter im Rahmen einer längeren bidisziplinären Konsensbeurteilung nachvollziehbar zum Schluss, dass die Versicherte mangels eines rheumatologischen Krankheitsbilds sowohl aus psychiatrischer als auch aus gesamtmedizinischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit jeweils im Umfang von 80% arbeitsfähig ist. 5.2 Die Beschwerdeführerin beantragt in ihrer Beschwerde die Einholung eines gerichtlichen Gutachtens. Sie bestreitet die Einschätzung der IV-Stelle, dass sich ihr Gesundheitszustand seit Dezember 2015 verbessert haben soll. In diesem Zusammenhang bringt sie verschiedene Einwände gegen das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B.____ und C.____ vor. 5.2.1 Sie lässt zunächst geltend machen, dass

die rheumatologische Beurteilung auf veralteten Befunden basiere. Dr. B.____ stütze sich lediglich auf zwei ältere Röntgenuntersuchungen. Damit seien die Abklärungen unvollständig, zumal mittels Röntgenuntersuchungen nicht sämtliche Befunde eruierbar seien. Tatsache sei, dass anlässlich der neuerlichen MRT-Untersuchung vom 4. Februar 2016 klare Pathologien an der Wirbelsäule erhoben worden seien. Die Behauptung von Dr. B.____, dass sich keine Hinweise auf ein Facettensyndrom finden liessen, sei deshalb unhaltbar. Im Weiteren sei unberücksichtigt geblieben, dass die Beschwerdeführerin an einer Mamma-Hypertrophie leide, die zu einer Überlastung der Brustwirbelsäule führe.

5.2.2 Vorab ist diesen Vorbringen entgegen zu halten, dass es sich beim Radiologiebericht der F.____ vom 2. Mai 2014, auf welchen sich Dr. B.____ in seiner rheumatologischen Beurteilung unter anderem abgestützt hat, nicht um eine konventionelle Röntgenaufnahme, sondern um eine MRT-Aufnahme handelt, mit welcher entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung bildgebend sehr wohl auch relevante Veränderungen an den Bandscheiben hätten erhoben werden können. Dem Bericht vom 2. Mai 2014, der dem rheumatologischen Teilgutachten beigelegt worden ist, können nun aber gerade keine Pathologien entnommen werden, wie sie von der Beschwerdeführerin postuliert worden sind. Der entsprechenden Beurteilung der F.____ zufolge liegt vielmehr eine regelrechte Darstellung der Bandscheiben ohne auffällige Chondrosen, Diskushernien oder Foraminalstenosen vor. Auch an den Iliosakralgelenken konnten keine auffälligen oder entzündlichen Veränderungen festgestellt werden und die Facettengelenke wurden als altersentsprechend beurteilt. Am Fehlen pathologischer Veränderungen mit einem allfälligen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vermag auch der im Rahmen der Beschwerdebeurteilung eingereichte Bericht der F.____ vom 4. Februar 2016 nichts zu ändern. In diesem neuerlichen MRT-Bericht werden wie schon in den bildgebenden Beurteilungen zuvor diverse degenerative Veränderungen beschrieben. Diese sind jedoch nur geringfügiger Natur. Wie bereits anlässlich der Röntgenuntersuchung vom 9. Februar 2015 (vgl. rheumatologisches Teilgutachten S. 5) konnten insbesondere auch hier nur mässige Facettengelenksarthrosen erhoben werden. Der gutachterlichen Auffassung, dass die bildgebenden Befunde eine altersentsprechende Varianz nicht überschreiten, ist demnach beizupflichten.

5.2.3 Ausschlaggebend ist im Weiteren, dass auch der neue Bericht der F.____ vom 4. Februar 2016 keine neurokompressiven Veränderungen erkennen lässt. Diese konnten bereits im rheumatologischen Teilgutachten aufgrund der anlässlich der gutachterlichen Exploration gewonnenen klinischen Befunde ausgeschlossen werden. So war die Versicherte insbesondere in der Lage, spontan eine gewisse Zeit ohne Beschwerdesymptomatik sowohl die Langsitz-Position als auch den Einbeinstand einzunehmen. Die gutachterliche Aussage, dass sich im Zusammenhang mit den geklagten Kreuzschmerzen kein klinisches Korrelat für eine radikuläre Problematik finden lässt, ist daher nicht zu beanstanden, zumal sich diese Schlussfolgerung letztlich mit den Ergebnissen deckt, wie sie auch aus dem Bericht des Kantonsspitals Baselland vom 10. Februar 2016 hervorgehen (vgl. oben, Erwägung 4.3 hiervor). Hier wie dort konnten keine Hinweise auf eine radikuläre oder sensomotorische Ausfallsymptomatik erhoben werden. Aus den im Beschwerdeverfahren nachgereichten Unterlagen ergeben sich demnach keine Hinweise, dass die rheumatologische Beurteilung von Dr. B.____ unzutreffend ausgefallen wäre. Wie die Beschwerdeführerin sodann zu Recht vorbringen lässt, leidet sie zwar an einer Mammahypertrophie. Die damit verbundene muskuläre Überlastungssituation alleine, welche der Beurteilung von Dr. B.____ zufolge in einem nicht ausgeprägtem Ausmass vorhanden ist, vermag mangels eines foralen knöchernen Prozesses (vgl. Bericht der F.____

vom 4. Februar 2016) nichts daran zu ändern, dass ein rheumatologisches Krankheitsbild von Relevanz am Bewegungsapparat zu verneinen ist. Damit ist zugleich gesagt, dass aus somatisch-rheumatologischer Sicht eine allfällige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen werden kann. Die rheumatologische Teilbegutachtung von Dr. B. ____ erweist sich mithin als schlüssig und verwertbar.

5.3.1 Die Beschwerdeführerin wendet weiter ein, dass auch auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. C. ____ nicht abgestellt werden könne. Sie verweist in diesem Zusammenhang insbesondere auf den Bericht ihres behandelnden Fachpsychiaters Dr. H. ____ vom 4. Juli 2016. Dieser halte fest, dass es keine Hinweise gäbe, wonach sich ihre Arbeitsfähigkeit per Dezember 2015 verbessert habe. Gemäss Dr. H. ____ sei eine Verbesserung der Situation einzig insofern eingetreten, dass sich die Beschwerdeführerin mittlerweile von einer akuten Suizidalität distanziert habe. Dr. C. ____ habe bei seiner Diagnosestellung nicht alle ihre Beschwerden berücksichtigt. Seine Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom sei schon deshalb falsch, weil die somatischen Beschwerden in Form der unbestrittenermassen vorhandenen Schmerzen unberücksichtigt geblieben seien. Ausserdem sei die bestehende Psychose ausser Acht gelassen worden. Die Tochter der Beschwerdeführerin habe beispielsweise anlässlich der Haushaltsabklärung ausdrücklich festgehalten, dass das damit verbundene Stimmenhören zu einer starken Belastung führen würde. Unberücksichtigt geblieben seien auch der starke soziale Rückzug und die Schlafstörungen der Versicherten. Schliesslich sei das psychiatrische Teilgutachten auch unverwertbar in Bezug auf die Frage, ob der angeblichen somatoformen Schmerzstörung ein invalidisierender Charakter zukomme, weil Dr. C. ____ den diesbezüglichen Fragenkatalog gänzlich unbeantwortet gelassen habe.

5.3.2 Bei der Versicherten konnten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine somatischen Defizite diagnostiziert werden (vgl. soeben Erwägungen 5.2.2 hiervor). Weil für das geklagte Beschwerdebild kein somatisches Korrelat von Relevanz erhoben werden konnte, erweist es sich als zutreffend, dass Dr. C. ____ bei seiner psychiatrischen Diagnose folgerichtig vom Fehlen eines somatischen Syndroms ausgegangen ist. Dessen Diagnose deckt sich vielmehr mit der auch von Dr. H. ____ vertretenen Auffassung, dass bisher keine Ursachen für die Kopf- und Rückenschmerzen eruiert werden konnten (vgl. oben, Erwägung 4.4 hiervor). Bei der in diesem Zusammenhang durch den behandelnden Psychiater postulierten Möglichkeit, dass die voluminöse Mammæ eine der wahrscheinlichsten Ursachen ihrer Schmerzsymptomatik darstellen könnte, handelt es sich ausserdem um eine Hypothese, die durch die bildgebende Diagnostik just ausgeschlossen werden konnte (vgl. oben, Erwägung 5.2.1 hiervor). Damit resultiert, dass der Auffassung von Dr. H. ____ zu widersprechen ist, wonach das Ausmass der somatischen Beschwerden die vermutlich psychogenen Schmerzen einer mittelschweren Depressivität deutlich übersteige (vgl. oben, Erwägung 4.5 hiervor). Wenn der behandelnde Psychiater in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2017 mithin von einer nur mittelgradigen Depressivität ausgeht, widerspricht er ausserdem seiner eigenen Diagnose, der zufolge die Versicherte an einer schweren depressiven Störung leide (vgl. oben, Erwägungen 4.4 und 4.5). Seine Ausführungen vermögen insoweit nicht zu überzeugen.

5.3.3 Auch Dr. H. ____ geht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand seiner Patientin durch die bisherige Behandlung verbessert hat. Gestützt auf die fremdanamnestischen Angaben berichtet er entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung davon, dass die Versicherte wieder aktiver am Familienleben teilnimmt und weniger depressiv wirkt. Diese Auffassung steht im Einklang mit den durch Dr. C. ____ anlässlich der psychiatrischen Exploration erhobenen Befunden, wonach die Beschwerdeführerin auf gezielte Befragung hin trotz der für eine Depression

sprechenden Symptome weder über eine gereizt-aggressive noch bedrückt-traurige Stimmung oder Ängste berichtet, noch allfällige emotionale Konflikte offenbart hat (vgl. oben, Erwägung 4.1.2 hiervor). Sie deckt sich insbesondere aber auch mit der Aussage im Austrittsbericht der E. ____ vom 16. Oktober 2014, der zufolge die Versicherte unter Einsatz entsprechender Medikation bereits dazumal zunehmend am Therapieangebot teilgenommen habe und eine deutliche Besserung ihrer depressiven Symptome eingetreten sei (vgl. oben, Erwägung 4.6.2). Es ist daher schlüssig, wenn Dr. C. ____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten die nur noch leichte depressive Episode unter anderem mit eben dieser im Austrittsbericht der E. ____ erwähnten Remission begründet. Daran vermag nichts zu ändern, dass Dr. H. ____ in seiner neuesten Stellungnahme vom 28. Mai 2017 die Meinung vertritt, es werde im entsprechenden Austrittsbericht keine Remission, sondern lediglich eine deutliche Verbesserung der Symptome beschrieben. Unbesehen der terminologischen Formulierung ist so oder anders von einer Verbesserung der psychiatrischen Verhältnisse auszugehen. Dies gilt umso mehr, weil Dr. H. ____ letztlich auch gegenüber dem psychiatrischen Gutachter bestätigt hat, dass es der Versicherten insgesamt besser gehe als noch im Frühjahr 2014. Mit Blick auf die Einschätzung der psychiatrischen Verhältnisse durch Dr. C. ____ ergeben sich deshalb keine Diskrepanzen.

5.3.4 Ebenfalls als kongruent erweist sich die Einschätzung von Dr. C. ____ in Bezug auf die Tatsache, dass sich keine konkreten Suizidgedanken mehr eruieren lassen (vgl. oben, Erwägung 4.1.2 hiervor). So geht auch Dr. H. ____ davon aus, dass sich die Versicherte mittlerweile von der vormals bestehenden akuten Suizidalität distanziert habe (vgl. oben, Erwägung 4.4 hiervor). Entgegen der im Bericht vom 4. Juli 2016 vertretenen Auffassung, bei der Versicherten lägen psychotische Symptome vor, hat der behandelnde Psychiater zugleich berichtet, dass die Versicherte die von ihr imperativ wahrgenommenen Stimmen besser ignorieren könne (vgl. oben, Erwägung 4.5 hiervor). Bei der Versicherten konnten bereits nach dem Klinikaufenthalt keine psychotischen Symptome mehr erhoben werden (vgl. Arztberichte der E. ____ vom 9. Oktober 2014 und vom 18. März 2015, Erwägungen 4.6.1 und 4.6.3 hiervor). Es ist daher nachvollziehbar, wenn nunmehr auch Dr. C. ____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom Fehlen eines psychotischen Zustandsbilds ausgegangen ist. Dies gilt umso mehr, weil die Explorandin auf gezielte Befragung nach einem Stimmenhören mit einem inadäquaten Verhalten reagiert hat (vgl. oben, Erwägung 4.1.2 hiervor). Soweit die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdebegründung vorbringen lässt, der psychiatrische Gutachter habe eine bestehende Psychose ausser Acht gelassen, kann ihr jedenfalls nicht gefolgt werden. Entgegen der von ihr vertretenen Auffassung ist vielmehr darauf hinzuweisen, dass den im Abklärungsbericht Haushalt vom 2. Mai 2016 wiedergegebenen Aussagen der Tochter gerade nicht zu entnehmen ist, dass die Versicherte aktuell noch immer an einem Stimmenhören leide (vgl. IV-Dok 43, S. 10). Die entsprechenden fremdanamnestischen Aussagen beziehen sich vielmehr auf die gesundheitlichen Verhältnisse noch vor der stationären Hospitalisation im Jahre 2014, anlässlich welcher unter Einsatz entsprechender Medikation aber nachweisbar eine deutliche Besserung auch dieser Symptomatik eingetreten ist (vgl. oben, Erwägung 4.6.2). Aktuell hat Dr. C. ____ sämtliche von der Versicherten subjektiv geklagten Beschwerden fachgerecht aufgeführt. Die Mehrheit davon konnte indes nicht objektiviert werden. Es kann in diesem Zusammenhang auf die detaillierte Schilderung der psychiatrischen Exploration verwiesen werden, der zufolge sich klinisch keine Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen und insbesondere auch keine Ermüdungszeichen, keine gereizt-aggressive oder bedrückt-traurige Stimmung und auch keine Ängste feststellen

liessen. Im Ergebnis ist daher nicht zu beanstanden, wenn Dr. C.____ von Seiten der als leichtgradig zu beurteilenden depressiven Episode spätestens ab Dezember 2015 eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von lediglich noch 20% begründet hat, nachdem die Beschwerdeführerin zuvor noch unbestrittenermassen im Umfang von 70% arbeitsunfähig gewesen war. 5.3.5 An diesem Ergebnis vermag auch die unter Verweis auf den Bericht von Dr. H.____ vom 28. Mai 2017 replicando vertretene Auffassung nichts zu ändern, wonach eine unvollständige Abklärung des medizinischen Sachverhalts vorliege. Es ist in diesem Zusammenhang darauf zu verweisen, dass es wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des behandelnden Psychiaters und dem Begutachtungsauftrag des von der IV-Stelle bestellten medizinischen Experten nicht geboten ist, das Administrativgutachten von Dr. C.____ alleine deshalb in Frage zu stellen, weil der behandelnde Psychiater – trotz im Wesentlichen übereinstimmenden Befunden – zu einer anderslautenden Einschätzung insbesondere hinsichtlich der noch zumutbaren Restarbeitsfähigkeit gelangt ist (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b). In casu liegt jedenfalls keine Ausnahme vor, wonach sich eine abweichende Beurteilung aufdrängen würde, weil der behandelnde Facharzt wichtige – insbesondere nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennt, die im Rahmen der Begutachtung durch Dr. C.____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Insofern vermag die Beschwerdeführerin auch nichts aus der bundesgerichtlichen Rechtsprechung abzuleiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, E. 2.3.2), wonach die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden dürfen. 5.4 Leidet die Beschwerdeführerin gestützt auf die schlüssige Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. C.____ spätestens seit Dezember 2015 an einer lediglich noch leichtgradigen depressiven Episode, ist darauf hinzuweisen, dass leichte (bis mittelschwere) Störungen aus dem depressiven Formenkreis aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bewirken können, sofern allfällige Therapiemöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft worden sind (BGE 140 V 193 E. 3.3; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_115/2015 vom 12. November 2015 und 9C_892/2016 vom 22. Januar 2016). So verhält es sich auch hier: Die Versicherte stand zwar in psychotherapeutischer Behandlung und erhielt entsprechende Medikamente. Der psychiatrische Gutachter erachtet aber das Behandlungspotential als nicht ausgeschöpft, weil die Versicherte ihre Medikamente nicht im verordneten Ausmass einnimmt. Ausserdem ist die depressive Problematik offenbar auf eine mitprägende histrionische Persönlichkeit und auf eine Vielzahl IV-fremder Faktoren in Form von kulturellen Ursachen und Problemen in der Lebensbewältigung sowie beim Kontakt im Berufsleben zurückzuführen. Diese Auffassung hat neben Dr. C.____ auch der behandelnde Psychiater dezidiert vertreten (vgl. oben, Erwägungen 4.4 f.). Die mittlerweile nur noch leichtgradige depressive Episode wird mit anderen Worten offenbar sehr stark durch psychosoziale Faktoren unterhalten, weshalb ein invalidisierender Gesundheitsschaden diesbezüglich gänzlich zu verneinen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_954/2015 vom 29. April 2016, E. 5.4 mit Verweis auf BGE 127 V 294). Entfällt eine Leistungspflicht aufgrund einer fehlenden Anrechenbarkeit der Arbeitsunfähigkeit, lassen sich in Bezug auf die nur leichte depressive Episode aber keine Leistungen der Invalidenversicherung begründen. 5.5 Was den im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. C.____ diagnostizierten Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass nach der überarbeiteten Rechtsprechung bei der Invaliditätsbemessung aufgrund

psychosomatischer Störungen der Aspekt der funktionellen Auswirkungen stärker als bisher zu berücksichtigen und das bisherige Regel/Ausnahmehmodell durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt worden ist (BGE 141 V 281). Nach dieser Rechtsprechung liegt eine versicherte Gesundheitsschädigung dann nicht vor, wenn die Leistungseinschränkung auf einer Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich dann zu, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, wenn intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung vage bleibt, oder wenn keine medizinische Behandlung oder Therapie in Anspruch genommen wird (BGE 141 V 288, E. 2.2.1). Im hier vorliegenden Fall hat der explorierende Gutachter ein aggravatorisches und demonstratives Verhalten der Versicherten festgestellt (oben, Erwägungen 4.1.2 hiervor). Insgesamt hat die Versicherte einen aufgesetzten und demonstrativ wirkenden Eindruck hinterlassen und eine ausgeprägte Dramatisierungstendenz zu erkennen gegeben. Auch deutet die nur vage Charakterisierung ihrer dramatisch und theatralisch vorgetragenen Schmerzen auf offensichtliche Inkonsistenzen hin. So hinterliess die Versicherte anlässlich der Exploration im Gegensatz zu ihren sehr unpräzisen und diffusen Angaben einen sehr konzentrierten und aufmerksamen Eindruck. Auffallend ist in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass sich die Versicherte anlässlich der psychiatrischen Exploration nicht erinnern konnte, wann sie zum letzten Mal in ihrer Heimat im Kosovo gewesen sei, hingegen noch drei Tage zuvor gegenüber Dr. B.____ angegeben hatte, zwei Wochen zuvor im Kosovo noch zu Besuch gewesen zu sein. Wenn der psychiatrische Gutachter aufgrund dieser augenfälligen Inkonsistenzen zum Ergebnis gelangt, dass das Verhalten der Versicherten insgesamt als inadäquat zu betrachten und als Ausdruck einer bewusstseinsnahen Aggravationstendenz zu verstehen sei, ist dies nicht zu beanstanden. Der bei ihrem Hausarzt erhobene Medikamentenspiegel hat ausserdem belegt, dass die Versicherte ihr therapeutisches Potential nicht ausschöpft, indem sie die ihr verordneten Psychopharmaka offenbar kaum, jedenfalls aber nicht regelmässig einnimmt (vgl. Erwägung 4.1.2 hiervor.). Diesen Umstand bestätigt auch der behandelnde Psychiater Dr. H.____. Bereits anlässlich der Hospitalisation in der E.____ konnte unter Einsatz insbesondere von Duloxetin und der Etablierung einer Therapie mit Olanzapin jedoch eine deutliche Verbesserung der psychiatrischen Verhältnisse festgestellt werden, ohne dass über entsprechende Nebenwirkungen berichtet worden wäre, wie dies nunmehr Dr. G.____ in seiner neuesten Stellungnahme postuliert. Dessen Ansicht, dass keine mangelnde Compliance vorliege, kann deshalb nicht gefolgt werden. Unter diesen Umständen kann aber auch nicht auf eine therapeutisch nicht mehr angehbare, erhebliche funktionelle Behinderung geschlossen werden. Entgegen der von Dr. H.____ vertretenen Auffassung, dass die Symptomschilderung der Versicherten glaubhaft und nachfühlbar wirke, überwiegen die Anhaltspunkte gemäss den überzeugenden Darlegungen des psychiatrischen Gutachters auf eine Aggravation jedenfalls derart eindeutig, dass die Grenze eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten wird. Nach Lage der medizinischen Akten bestehen zudem keine Anhaltspunkte, dass das aggravatorische Verhalten der Beschwerdeführerin auf eine verselbständigte psychische Störung mit Krankheitswert zurückzuführen wäre. Eine versicherte Gesundheitsschädigung in Bezug auf eine chronische Schmerzstörung fällt unter diesen Umständen so oder anders ausser Betracht, und ein Rentenanspruch ist in diesem Zusammenhang ebenfalls auszuschliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C_559/2016 vom 13. Dezember 2016, E. 3.3). Darüber hinaus hat Dr. C.____ darauf hingewiesen, dass nebst einer Aggravation auch histrionische Persönlichkeitszüge bei der Versicherten festgestellt werden können, bzw.

deren ausgeprägte Beschwerdesymptomatik durch akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge erklärt werden könne (vgl. oben, a.a.O.). Übereinstimmend mit dem behandelnden Psychiater geht in diesem Zusammenhang auch Dr. C._____ davon aus, dass erhebliche IV-fremde Faktoren vorliegen. Gestützt auf diese kongruenten Einschätzungen ist demnach davon auszugehen, dass die Beschwerdesymptomatik der Versicherten demnach auf nicht IV-relevanten psychosozialen und soziokulturellen Faktoren beruht. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden kann aber nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst. Auch dies ist gemäss den erwähnten Beurteilungen hier aber nicht der Fall. Eine eingehende Prüfung der rechtsprechungsgemässen Indikatoren erübrigt sich bei dieser Sachlage deshalb ebenso wie weitere medizinische Abklärungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_559/2016 vom 13. Dezember 2016, E. 3.2). 6. Zusammenfassend kann eine invalidisierende Wirkung weder in Bezug auf die leichte depressive Episode noch in Bezug auf die chronische Schmerzstörung der Beschwerdeführerin begründet werden. Da eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch in somatischer Hinsicht verneint werden muss (oben, Erwägung 5.2.3 hiervor), ist der vorinstanzliche Entscheid der IV-Stelle nicht zu beanstanden und es erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den weiteren, für einen Rentenanspruch erforderlichen Voraussetzungen. Insbesondere kann bei dieser Ausgangslage auch dahingestellt bleiben, wie es sich hinsichtlich der erwerblichen Verhältnisse der Versicherten verhält. Sowohl als Teilerwerbstätige bei einem erwerblichen Anteil von 80% als auch als Vollerwerbstätige resultiert so oder anders ein Rentenanspruch, der unter dem massgebenden Schwellenwert von 40% liegt. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis abzuweisen. 7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.— bis Fr. 1'000.— 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. 800.— 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 ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.— zu verrechnen sind. 7.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t: //: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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