



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

vom 25. Oktober 2018 (720 18 127 / 292)

---

**Invalidenversicherung**

**Beweiswert von RAD-Berichten**

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz

Parteien **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Martin Kaiser, Advokat, Bordeaux-Strasse 5, 4053 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1971 geborene A.\_\_\_\_ arbeitete bis 2011 in einem 80%-Pensum als Pflegehelferin. Danach betrieb sie ein Restaurant, mit welchem sie allerdings am 27. August 2013 Konkurs anmelden musste. Mit Gesuch vom 16. Dezember 2014 meldete sie sich infolge einer depressiven Erkrankung bei der IV-Stelle Basel-Landschaft zum Leistungsbezug an. Im Rahmen beruflicher Massnahmen absolvierte A.\_\_\_\_ vom 14. September 2015 bis 13. Dezember 2015 ein

Belastbarkeitstraining und vom 14. Dezember 2015 bis 13. März 2016 ein Aufbautraining. Da das Arbeitspensum nicht über 50 % gesteigert werden konnte, wurden die beruflichen Massnahmen beendet und die Rentenprüfung vorgenommen. Nach Abklärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse, namentlich nach Einholung eines bidisziplinären Gutachtens bei Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, und Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. März 2018 trotz attestierter Arbeitsunfähigkeit von 50 % einen Rentenanspruch mit der Begründung, dass die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien. Somit könne nicht von einer Therapieresistenz gesprochen werden, welche gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung Bedingung für die Annahme einer Invalidität sei.

B. Dagegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Dr. Martin Kaiser, mit Eingabe vom 19. April 2018 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Er beantragte für seine Mandantin die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Mit BGE 143 V 409 sei die Rechtsprechung, wonach depressive Störungen leicht- oder mittelgradiger Natur einzig dann als invalidisierende Krankheit in Betracht fallen könnten, wenn diese erwiesenermassen therapieresistent seien, aufgegeben worden. Jeder Einzelfall müsse nun unter Würdigung der massgebenden Indikatoren beurteilt werden. Die Ablehnung eines Rentenanspruchs allein mit der Begründung der fehlenden Therapieresistenz sei folglich unzulässig. Ferner sei die Aussage falsch, dass die Versicherte seit Jahren nicht mehr in fach-psychiatrischer Therapie stehe, sondern lediglich beim Hausarzt in delegierter Psychotherapie und keine Antidepressiva einnehme. Beim Medikament Deanxit handle es sich um eine Arznei zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Depressionen. Im Weiteren habe Dr. C.\_\_\_\_ festgehalten, dass die Versicherte ab Dezember 2013 bei Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter psychiatrischer Behandlung gewesen sei und in der Folge zu E.\_\_\_\_ und in die Praxis von Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, gewechselt habe. Mit Schreiben vom 27. März 2018 bestätige F.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, dass die Versicherte von Januar 2017 bis Februar 2018 bei ihr in Behandlung gewesen sei. Ferner habe Dr. C.\_\_\_\_ festgehalten, dass die bisherigen Therapiemassnahmen lege artis seien und die Versicherte diese konsequent besuche. Seit anfangs März 2018 werde die Versicherte nun von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, betreut. Dr. C.\_\_\_\_ erachte die Versicherte aufgrund der depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses für 50 % arbeitsunfähig. In Bezug auf die IV-interne Prüfung des Gutachtens vom 9. August 2017/23. November 2017 sei festzustellen, dass diese durch RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Anästhesie, vorgenommen worden sei, obwohl ihr die fachärztliche Qualifikation dafür fehle. Ihre Einschätzung, dass es sich vorliegend höchstens um eine geringfügige Depression handle, habe folglich kein Gewicht. Auch die kurzen Aktennotizen von RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und RAD-Arzt pract. med. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. November 2017 vermöchten das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen.

C. Mit Vernehmlassung vom 26. Juni 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Die von Dr. C.\_\_\_\_ gestellte Diagnose der mittelgradigen Depression sowie die in diesem Zusammenhang attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % könnten aus Sicht der beiden RAD Psychiater Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ nicht nachvollzogen werden. Gemäss Dr. I.\_\_\_\_ sei anhand der beschriebenen Symptome und Befunde höchstens eine leichtgradige Depression zu diagnostizieren. Dies erkläre auch Dr. J.\_\_\_\_, welcher lediglich von einer reaktiven depressiven Verstimmung ohne Krankheitswert ausgehe. Da die depressive Episode eher als leichtgradig zu qualifizieren sei und diese seit Jahren unzureichend behandelt werde, könne aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

D. Advokat Kaiser reichte replikweise mit Eingabe vom 25. Juli 2018 zur Ergänzung der Beschwerde die Hospitalisationsbestätigung der Klinik für K.\_\_\_\_ sowie den entsprechenden Austrittsbericht vom 15. Juni 2018 ein, in welchem die Diagnose einer depressiven Störung bescheinigt wurde, wobei gegenwärtig sogar eine schwere Episode vorliege.

E. Mit Stellungnahme vom 30. August 2018 wies die IV-Stelle darauf hin, dass die geltend gemachte Verschlechterung nach der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2018 aufgetreten und somit nicht Gegenstand des laufenden Verfahrens sei.

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, so dass 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 des Versicherten vom 19. April 2018 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Rente hat.

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 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden 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 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 4c). Um festzustellen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, sind sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.

2.4 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

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 mit Hinweis).

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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt hingegen nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar

wie einem Gerichtsgutachten zu. Auf sie kann nicht abgestellt werden, sobald bereits geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

4.1 Mit rheumatologischem Teilgutachten vom 7. August 2017 konnte Dr. B.\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache, eine Chondrose C5/6 mit me-diolateral links gelegener Diskushernie (MRT HWS 9.5.2016) ohne entsprechende Klinik, ein Asthma bronchiale, eine Adipositas WHO Grad I (BMI 32,4 kg/m<sup>2</sup>), eine retikuläre Varicosis (Krampfadern) an beiden Unterschenkeln, eine substituierte Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) sowie ein Lichen simplex chronicus Vidal perianal und inguinal (knötchenartige Hauterkrankung). Es bestehe eine diffuse Druckdolenz an den oberen und unteren Extremitäten, an den Armen betont, im Schulternackengürtelbereich, im Supraspinatus und im HWS-Bereich mit leichten Verspannungen. Diese Befunde entsprächen myofascialen Beschwerden. Bei sämtlichen Testungen des Körpers manifestiere die Versicherte ihre Schmerzen und zeige ein schmerzverzerrtes Gesicht. Zusammenfassend bestehe ein Ganzkörperschmerzsyndrom, wobei beinahe ubiquitär Schmerzen angegeben würden. Die heute erhobenen Befunde entsprächen keinem entzündlich rheumatologischen Leiden, sondern einem weichteilrheumatischen Schmerzsyndrom, wobei die Kriterien einer Fibromyalgie nicht erfüllt seien, da die Versicherte überall schmerzempfindlich sei und nicht nur an den Fibromyalgie definierten Punkten. Rein formal seien aber das Ganzkörperschmerzsyndrom und die Fibromyalgie in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einander gleichgestellt. Es zeigten sich deutliche Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben und den objektiv erhebbaren Befunden. Die Versicherte sei aus rheumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig, vorausgesetzt es handle sich nicht um eine körperliche Schwerarbeit. Eine solche wäre bei einer Schmerzschwellenstörung wie dem Ganzkörperschmerzsyndrom nicht sinnvoll.

4.2 Mit psychiatrischem Teilgutachten vom 26. April 2017 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung mittelgradigen Ausmasses, im Verlauf schwankend (ICD-10 F32.1). Die Versicherte leide seit etwa 2013 unter einer eher reaktiven depressiven Störung, die im Zusammenhang mit verschiedenen Belastungen (Todesfälle in der Familie, Arbeitssituation) zu erklären sei. Sie habe ein Restaurant geführt, ohne entsprechende Kenntnisse aufzuweisen, und kurze Zeit später Konkurs anmelden müssen. Dies deute auf eine starke Überschätzungstendenz hin. Ansonsten habe sich die Versicherte in der Vergangenheit gut selbst behauptet, einige Jahre im Pflegebereich gearbeitet, diese Tätigkeit aufgrund zunehmender körperlicher Beschwerden jedoch aufgegeben. Es falle auf, dass sie keine dauerhaft tragenden Beziehungen habe, im sozialen Bereich ziehe sie sich zurück. Sie verhalte sich passiv und fühle sich deprimiert. Die Stimmung sei dauerhaft gedrückt mit Interessenrückgang, innerer Anspannung, Freudlosigkeit und vermindertem Antrieb. Sie habe kognitive Einschränkungen, das Selbstwertgefühl sei vermindert und die Haltung negativ. Die Depression habe sich verschlechtert, als ihre Mutter im Jahr 2016 gestorben sei. Grundsätzlich sei die Versicherte in der Lage, ihren Alltag selbst zu gestalten. Sie brauche wegen der körperlichen Be-

schwerden teilweise Hilfe. Sie könne sich wohl an Termine halten, habe aber Mühe, sich in Abläufe einzufügen oder Aufgaben zu planen und zu strukturieren. Sie sei in der Umstellfähigkeit und Flexibilität eingeschränkt, auch die fachlichen Kompetenzen seien mittelgradig beeinträchtigt. Sie pflege noch wenige Kontakte zu anderen Personen, die Gruppenfähigkeit sei eingeschränkt und sie gehe nur selten Aktivitäten nach. Es sei daher von einer mittelgradigen Beeinträchtigung im Alltag auszugehen. In den Unterlagen werde auf eine Agoraphobie (Platzangst) mit Panikstörung hingewiesen, die anlässlich der heutigen Angaben in der Untersuchung nicht bestätigt werden könne. Die Versicherte sei sicher vermindert belastbar, doch könne nicht eine volle Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit begründet werden. Es sollte ihr zumindest in Teilzeit möglich sein, eine einfach strukturierte Arbeit ohne Übernahme von Verantwortung durchzuführen. In den Unterlagen werde auf eine gemischte Beeinträchtigung aufgrund der körperlichen und psychischen Beschwerden hingewiesen. Bezüglich der rein körperlichen Beschwerden könne aus psychiatrischer Sicht keine Aussage gemacht werden, doch sei anzunehmen, dass sich der psychische Zustand ungünstig auf die körperlichen Beschwerden auswirke. Auch müsse eine gewisse Somatisierungstendenz im Rahmen der Depression angenommen werden. Hinweise auf eine Aggravation fänden sich nicht. Einfluss auf das Beschwerdebild dürften die längerdauernde Arbeitslosigkeit und der Konkurs des eigenen Restaurants haben mit dem Gefühl, versagt zu haben. Sie habe auch grosse Mühe, den Tod von Familienangehörigen adäquat zu verarbeiten, es bestehe eine prolongierte Trauerreaktion. Aufgrund des psychischen Zustandes sei sie teilweise nicht in der Lage, die Ressourcen genügend auszunützen. Die bisherigen Therapiemassnahmen seien lege artis und die Versicherte habe diese konsequent besucht. Sie sei aufgrund des depressiven Zustandes oft nicht fähig, genügend von den Therapiemassnahmen zu profitieren, weshalb allenfalls eine Änderung der Massnahmen in Betracht gezogen werden sollte. In Bezug auf die Konsistenz deckten sich Angaben und Befunde, weshalb keine Inkonsistenzen beständen.

4.3 In der Konsensbeurteilung vom 19. Juli 2017 hielten die Gutachter fest, dass aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen wie auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit 2012/2013. Gesamthaft gelte somit die psychiatrische Beurteilung als Gesamtbeurteilung für die Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie.

4.4 Am 9. August 2017 wurde das bidisziplinäre Gutachten der RAD-Fachärztin für Anästhesie, Dr. H.\_\_\_\_, zur Prüfung vorgelegt. Mit Notiz vom 20. September 2017 bat sie um Ergänzungen seitens Dr. C.\_\_\_\_. Namentlich sei auf die ICD-Kriterien der mittelgradigen depressiven Störung detailliert einzugehen und begründet Stellung zu den noch vorhandenen Therapieoptionen bzw. zur Kooperation bei den Therapien sowie dem Vorliegen einer allfälligen Therapieresistenz zu nehmen.

4.5 Mit ergänzendem Bericht vom 8. November 2017 wiederholte Dr. C.\_\_\_\_ seine gutachterlichen Ausführungen und bestätigte dass die Kardinalsymptome einer mittelgradigen de-

pressiven Störung erfüllt seien. Trotz konsequenter Therapie sei es zu keiner Verbesserung gekommen. Unter Umständen sei eine Hospitalisation in Betracht zu ziehen, allenfalls auch eine Behandlung in einer Tagesklinik. Von einer Chronifizierung der Beschwerden könne zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesprochen werden, da noch nicht alle Therapiemassnahmen ausgeschöpft seien. In diesem Sinne liege noch keine Therapieresistenz vor.

4.6 RAD-Arzt und Psychiater Dr. I.\_\_\_\_ kam in knapper Aktennotiz vom 15. November 2017 zum ergänzenden Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 8. November 2017 zum Schluss, dass aus fach-psychiatrischer Sicht eine Depression mittleren Grades "nicht gesichert" nachvollzogen werden könne. Naheliegender sei, dass die Affektstörung höchstens leichtgradig sei, allenfalls liege auch nur eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) vor. Schliesslich spreche die Tatsache, dass bislang keine tagesklinische oder stationäre psychiatrische Behandlung zustande gekommen sei, nicht für einen hohen Leidensdruck. Folglich könne lediglich eine zeitweise 0-20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Im Weiteren sei auf die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ abzustellen (vgl. Bericht vom 9. August 2017). RAD-Arzt pract. med. J.\_\_\_\_ schloss sich mit Notiz vom 15. November 2017 der Meinung von Dr. I.\_\_\_\_ an. Dr. H.\_\_\_\_ führte in ihrem Abschlussbericht vom 23. November 2017 schliesslich an, dass – wie von Dr. I.\_\_\_\_ herausgearbeitet - eher von einer leichtgradigen Depression auszugehen sei. Bezüglich Therapie sei anzumerken, dass die Versicherte seit Jahren nicht in fach-psychiatrischer Therapie stehe, sondern lediglich beim Hausarzt in delegierter Psychotherapie und keine Antidepressiva (Deanxit sei kein wirksames Antidepressivum) einnehme. Zusammenfassend sei folglich von einer 80–100%igen Arbeitsfähigkeit seit 2012/2013 für jegliche Tätigkeit auszugehen.

4.7 E.\_\_\_\_, bei welcher die Versicherte vom 11. Januar 2017 bis 13. Februar 2018 in psychologischer Behandlung war, stellte mit Bericht vom 16. März 2017 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom fest (ICD-10 F33.11), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) sowie eine anhaltende Trauerstörung. Sie leide unter Stimmungsschwankungen, innerlicher Unruhe und Spannungen. Sie werde schnell nervös und sei ängstlich, lärmempfindlich und verliere rasch die Geduld. In Menschenmengen fühle sie sich unwohl, sie ziehe sich zurück und verbringe die Zeit zuhause. Durch den Tod ihrer Schwester, ihres Neffen und ihrer Mutter habe sich ihr Gesundheitszustand sehr verschlechtert. Sie sei kraft-, antriebs-, motivations- und freudlos und habe Mühe, sich zu konzentrieren. Sie sei verzweifelt und durch die körperlichen und psychischen Beschwerden erheblich beeinträchtigt.

4.8 Mit Bericht vom 16. April 2018 äusserte sich Dr. G.\_\_\_\_ als behandelnder Arzt zu den bisherigen psychiatrischen Ausführungen. Eine reaktive Depression dürfe gemäss ICD-10 höchstens zwei Jahre dauern (ICD-10 F43.21), was mit dem von Dr. C.\_\_\_\_ datierten Beginn von 2013 nicht mehr kompatibel sei. Auch seien reaktive Depressionen definitionsgemäss immer leichtgradig. Damit sei die Diagnose eines reaktiven depressiven Geschehens, das mittelschwer sein soll, nicht mehr ICD-10-konform. Daher verstehe er die Reaktion der RAD-Ärzte,



das Geschehen als leicht zu bezeichnen, ansonsten könnte es gar nicht als reaktiv interpretiert werden. Die langdauernde Behandlung impliziere aber schon mehr als ein reaktives Geschehen. Die Versicherte leide unter einer relevanten chronischen Schmerzkrankheit, die bisher wenig zentral behandelt worden sei. Deshalb sei eine Überweisung in die Klinik für Schmerztherapie erfolgt, wo sowohl die somatischen als auch die psychischen Beschwerden angegangen würden. In Bezug auf die delegierte Psychotherapie sei zu erwähnen, dass diese eine erlaubte und wichtige Form der Psychotherapie und eine Reaktion auf die rückläufige Zahl an Psychiaterinnen und Psychiatern mit entsprechenden Therapieplätzen sei.

4.9 Gemäss Überweisungsbericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 26. März 2018 an die Klinik für Schmerztherapie leide die Versicherte unter anderem an einer chronischen Schmerzkrankheit in Zusammenhang mit alten Traumata und einer chronischen Depression mit kognitiver Einschränkung.

5.1 Die IV-Stelle lehnte mit Verfügung vom 6. März 2018 einen Anspruch auf eine Rente ab gestützt auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, dass eine leichte bis mittelgradige depressive Störung nicht invalidisierend sei, wenn keine Behandlungsresistenz vorliege (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juli 2017, 8C\_222/2017, E. 5.2). Aus der geänderten Rechtsprechung gemäss BGE 143 V 409 ergibt sich nun allerdings, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz ausgeschlossen werden darf. Denn die Behandelbarkeit eines Leidens steht dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 127 V 294 E. 4c). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen sind deshalb nun ebenfalls systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2). Obwohl diese neue Rechtsprechung seit November 2017 gilt, hat die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 6. März 2018 die Rentenablehnung mit der alten Rechtsprechung begründet, was einen Mangel darstellt. Erst auf Beschwerde hin in der Vernehmlassung wird die Leistungsverweigerung nicht mehr ausschliesslich mit der fehlenden Therapieresistenz begründet, sondern hauptsächlich damit, dass die Diagnose einer mittelgradigen Depression nicht rechtsgenügend ausgewiesen sei. Nach eigener Prüfung der Kardinalkriterien sei höchstens von einer leichten Depression bzw. einer Dysthymia auszugehen. Die Prüfung der Standartindikatoren ergebe schliesslich eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 0 %-20 %.

5.2 Gemäss altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Ab-

stellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesgericht standhält (BGE 141 V 281 E. 8, 137 V 210 E. 6). Mithin ist in jedem Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungsreife und –dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen.

5.3 Vorweg ist festzuhalten, dass das rheumatologische Teilgutachten von Dr. B.\_\_\_\_ sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches Gutachten erfüllt. Dies ist denn auch unbestritten. Die RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ wich dagegen in ihrem Bericht vom 23. November 2017 sowohl in der Diagnosestellung wie auch der Einschätzung des Leistungsvermögens vom psychiatrischen Teilgutachten von Dr. C.\_\_\_\_ ab. Sie kam zum Schluss, dass die Diagnose einer mittelgradigen Depression sowie die in diesem Zusammenhang attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht nachvollziehbar seien. Aus Sicht des RAD liege, wie Dr. I.\_\_\_\_ in seiner Aktennotiz vom 15. November 2017 herausgearbeitet habe, eher eine leichtgradige Depression vor. Eine verselbständigte Depression, die sich klar von psychosozialen Gründen abgrenzen lassen würde, sei jedenfalls nicht gegeben. Denn die depressive Symptomatik habe mit dem Konkurs des Restaurants begonnen und nach wie vor seien finanzielle Probleme vorhanden. Bezüglich der Therapie sei anzumerken, dass die Versicherte seit Jahren nicht in fachpsychiatrischer Therapie stehe und keine Antidepressiva einnehme. Insofern könne nicht von einer ausreichenden Behandlung gesprochen werden, insbesondere beständen noch Therapieoptionen. Die Mitwirkung der Versicherten sei zwar nicht zu beanstanden, die Behandlung sei aber unzureichend. Somit könne eine Arbeitsunfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht bestätigt werden, auch wenn die Standardindikatoren geprüft und die somatisch / psychiatrisch gutachterlich erhobenen Krankheiten hinsichtlich ihrer Symptomatologie, des Krankheitsverlaufs und ihren Auswirkungen auf den Alltag anhand der fachärztlich erhobenen ausgeprägten Befunde nachvollziehbar festgestellt und bewertet worden seien. Die IV-Stelle stellte auf die Stellungnahme des RAD vom 23. November 2017 ab und verneinte einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

6.1 Der Rechtsvertreter bringt dagegen vor, dass Dr. H.\_\_\_\_ als Fachärztin der Anästhesie die Fachkompetenz fehle, um den vorliegenden medizinischen Sachverhalt richtig zu beurteilen. Des Weiteren treffe nicht zu, dass die Therapiemassnahmen unzureichend gewesen und keine Antidepressiva eingenommen worden seien. Folglich sei die Stellungnahme des RAD vom 23. November 2017 keine beweistaugliche Grundlage für die Ablehnung des Rentenanspruchs. Dem ist beizustimmen.

6.2 Den von versicherungsinternen Ärzten erstellten Berichten und Gutachten kann voller Beweiswert zukommen, wenn sie die dazu erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. Sie müssen als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sein und es dürfen keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Im Hinblick auf die erhebliche

Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit der Arztperson allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Die RAD-Ärzte und Ärztinnen müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2010, 9C\_904/2009, E. 2.2 mit Hinweisen). Denn die fachliche Qualifikation eines Arztes und einer Ärztin spielt für die Würdigung medizinischer Berichte eine erhebliche Rolle. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht müssen sich auf die Fachkenntnisse des Verfassers bzw. der Verfasserin eines medizinischen Berichts, auf welchen sie abstellen wollen, verlassen können (Urteile des Bundesgerichts vom 26. Januar 2010, 9C\_736/2009, E. 2.1 und vom 20. November 2007, I 142/07, E. 3.2.3).

6.3 Wie der Rechtsvertreter zu Recht angeführt hat, verfügt Dr. H.\_\_\_\_ als Anästhesistin nicht über die fachliche Qualifikation, um eine zuverlässige Beurteilung der psychiatrischen Situation der Versicherten abgeben zu können. Insofern kann bereits aus diesem Grund der RAD-Stellungnahme vom 23. November 2017 kein voller Beweiswert zukommen, selbst wenn die Psychiater Dr. I.\_\_\_\_ und pract. med. J.\_\_\_\_ sich zum Beschwerdebild äusserten. Denn dabei handelt es sich lediglich um kurze Aktennotizen, welchen die wesentlichen, erforderlichen Merkmale eines Arztberichtes fehlen. Aber auch inhaltlich überzeugen sie nicht. Die ICD-10 trifft für depressive Störungen eine Schweregradunterscheidung von leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) und schweren (F32.2) depressiven Episoden. Der Schweregrad richtet sich nach der Anzahl der erfüllten Haupt- und Zusatzsymptome. Zu den Hauptsymptomen depressiver Episoden gehören: gedrückte Stimmung (1), Interessenverlust und Freudlosigkeit (2), Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung (3). Häufige Zusatzsymptome sind: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit (1), vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen (2), Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (3), negative und pessimistische Zukunftsperspektiven (4), Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen (5), Schlafstörungen (6) sowie verminderter Appetit (7). Für die Diagnose einer leichten depressiven Episode sollten mindestens zwei der drei Hauptsymptome und mindestens zwei der sieben Zusatzsymptome gegeben sein. Für eine mittelgradige depressive Episode sind mindestens zwei der drei Hauptsymptome zu nennen und mindestens drei der Zusatzsymptome. Dr. I.\_\_\_\_ kommt in seiner Aktennotiz vom 15. November 2017 zum Schluss, dass "aus fachpsychiatrischer Sicht eine Depression mittleren Grades nicht gesichert nachvollzogen werden könne". Die Prüfung der ICD-Kriterien ergebe höchstens eine leichtgradige Affektstörung. Dem kann nicht gefolgt werden. Einerseits trifft es nicht zu, dass beim ersten Hauptkriterium eine depressive Stimmung in *deutlich ungewöhnlichem Ausmass* vorliegen muss. Verlangt wird eine gedrückte, depressive Stimmung. Eine gedrückte Stimmung wird von Patienten ganz unterschiedlich charakterisiert. Manche sprechen von Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, andere betonen stärker das Gefühl der Gefühllosigkeit. 70 % - 80 % der Patienten berichten zusätzlich über Angstgefühle, meist ohne konkreten Angstgegenstand, sondern als Ausdruck einer starken Unsicherheit und einer Zukunftsangst (vgl. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie, Unipolare Depression, 2. Auflage, 2015, Version 5). Soweit Dr. C.\_\_\_\_

eine depressiv wirkende Versicherte mit dauerhaft gedrückter Stimmung, fehlender affektiver Aufhellung, abgeflachter Sprachmodulation und Einschränkung der affektiven Modulation und vorhandenen Ängsten beschreibt, ist das Hauptkriterium 1 als gegeben zu betrachten. Weiter berichtet Dr. C.\_\_\_\_ von einem Interessentrückgang, innerer Anspannung, Freudlosigkeit und vermindertem Antrieb. Die Versicherte habe Mühe, ihren Alltag zu bewältigen, sich an Abläufe zu halten oder Aufgaben zu planen und zu strukturieren. Die Flexibilität, die Umstellfähigkeit, die Entscheidungsfähigkeit sowie die Durchhaltefähigkeit seien eingeschränkt. Sie pflege nur noch eine Handvoll Kontakte und gehe nur wenigen Aktivitäten nach. Es fehle ihr die Kraft und Energie, sie empfinde keine Freude mehr. Dr. C.\_\_\_\_ beschreibt damit die Hauptkriterien 2 und 3. Dr. I.\_\_\_\_ wendet diesbezüglich einzig ein, dass ein Interessen- oder Freudeverlust verlangt werde und nicht bloss ein Interessentrückgang bzw. ein eingeschränktes Freudeempfinden. Mit dieser Argumentation legt Dr. I.\_\_\_\_ sein Hauptmerkmal auf einzelne Formulierungen, ohne eine inhaltliche Gesamtwürdigung vorzunehmen, was nicht Sinn der Sache sein kann. Nur im Kontext kann beurteilt werden, ob die einzelnen Hauptkriterien erfüllt sind und nicht, ob der Begriff buchstabengetreu wiedergegeben worden ist. Vorliegend ist unerheblich, dass Dr. C.\_\_\_\_ *Interessentrückgang* geschrieben hat und nicht *Interessenverlust*. Im Übrigen wird im ICD-10 nicht von Freudeverlust, sondern von Freudlosigkeit gesprochen. In diesem Zusammenhang beharrt Dr. I.\_\_\_\_ auch darauf, dass als Zusatzkriterium einzig ein *Verlust* des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls in Frage käme und verschärft damit die Voraussetzungen. Denn er hat nicht beachtet, dass ein *vermindertes* Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ausreicht, was im gegebenen Fall von Dr. C.\_\_\_\_ auch klar beschrieben wurde. Soweit Dr. I.\_\_\_\_ weiter geltend macht, dass Ängste und psychosomatische Beschwerden sowie eine soziale Kontaktminderung keine ICD-Kriterien für eine Depression seien, ist zu entgegnen, dass Ängste Teil des Hauptkriteriums 1 sein können und eine soziale Kontaktminderung unter das Hauptkriterium 2 zu subsumieren ist. In Bezug auf die Ängste führte Dr. C.\_\_\_\_ explizit an, dass die generalisierte Ängstlichkeit nicht im Rahmen einer Agoraphobie mit Panikstörung, sondern im Rahmen der depressiven Störung zu interpretieren sei. Zudem hat Dr. I.\_\_\_\_ unerwähnt gelassen, dass für die Erfüllung einer Depression mittleren Grades zwei Hauptkriterien sowie drei Zusatzkriterien vorliegen müssen. Zum Hauptkriterium 2 Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit sowie zu den weiteren 6 Zusatzkriterien fehlen Ausführungen seinerseits, obwohl Dr. C.\_\_\_\_ sowohl im Gutachten als auch im Ergänzungsschreiben ausführlich dazu Stellung genommen hat. So führt Dr. C.\_\_\_\_ neben einem verminderten Selbstwertgefühl als weitere Zusatzkriterien an, dass die Versicherte an Schlafstörungen leide und eine negative Haltung einnehme. Weiter berichte sie über kognitive Schwierigkeiten. Im Ergebnis erweist sich, dass die Kritik von Dr. I.\_\_\_\_ an der Diagnosestellung von Dr. C.\_\_\_\_ nicht fundiert und seine Schlussfolgerung, dass höchstens eine leichtgradige Depression bzw. eine Dysthymia vorliege, nicht nachvollziehbar und daher nicht beweiskräftig ist.

6.4 Nicht nur die Ausführungen zur Diagnose, sondern auch die Ausführungen zur Therapie überzeugen nicht. Insbesondere entspricht die Feststellung, dass die Therapiemaßnahmen jahrelang unzureichend gewesen seien, weil die Versicherte nicht fachpsychiatrisch behandelt

worden sei und keine Antidepressiva einnehme, nicht der Aktenlage. Die Versicherte war von 2013 bis 2016 bei Dr. D.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung und wechselte aus einer Enttäuschung heraus und aus sprachlichen Gründen in die Praxis von Dr. med. F.\_\_\_\_ in die Einzel- und Gruppentherapie. Die Versicherte war dort vom 11. Januar 2017 bis 13. Februar 2018 bei E.\_\_\_\_ in Behandlung. Dabei handelte es sich um eine von Dr. F.\_\_\_\_ delegierte Psychotherapie. Schliesslich wurde die Versicherte von Dr. F.\_\_\_\_ an Dr. G.\_\_\_\_ überwiesen, bei welchem sie seit dem 5. März 2018 in Behandlung steht. Die delegierte Psychotherapie dauerte somit ein Jahr. Davor war sie über Jahre hinweg von einer psychiatrischen Fachperson betreut worden und wiederum ab März 2018. Somit kann bereits aus diesem Grund nicht von einer jahrelangen "unzureichenden fachlichen" Behandlung gesprochen werden. Abgesehen davon, bedeutet eine delegierte Psychotherapie, welche von einer Fachpsychologin durchgeführt wird, nicht eine minderwertige Therapie. Psychiatrie und Psychologie sind im Kern ähnlich, die Themengebiete überschneiden sich zu einem Grossteil. Zudem hat die Persönlichkeit und die Erfahrung eines Therapeuten mehr Einfluss auf den Erfolg einer Psychotherapie als der Ausbildungstitel. Hauptunterschiede bestehen denn auch weniger in der Therapieform als in Befugnissen und Kostenverteilung. So können rezeptpflichtige Medikamente lediglich von einer Arztperson und nicht von einer Psychologin oder einem Psychologen verschrieben werden. Ferner sind die Kosten der Psychotherapie bei einem Psychologen oder einer Psychologin von der versicherten Person selbst zu tragen. Inhaltlich wird es jedoch in den wenigsten Fällen markante Unterschiede in den Therapien geben, weshalb es letztlich nicht massgebend sein kann, ob die behandelnde Person Facharzt oder Fachärztin für Psychiatrie oder ein abgeschlossenes Studium in Psychologie mit Weiterbildung in der Psychotherapie hat und in delegierter Psychotherapie tätig ist. Schliesslich ist auch auf die Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ zu verweisen, wonach es nicht einfach ist, einen Therapieplatz bei einer Psychiaterin oder einem Psychiater zu finden, da diese oft auf längere Zeit hinaus ausgebucht sind. Es darf deshalb der Versicherten auch aus diesem Grund nicht zum Nachteil gereichen, dass sie eine Psychologin als Therapeutin hatte. Nicht zuletzt ist auch auf die Aussage von Dr. C.\_\_\_\_ hinzuweisen, dass die bisherigen Therapien lege artis gewesen seien und die Versicherte die Therapien konsequent besucht habe. Sofern der RAD einwendet, dass die therapeutischen Massnahmen nicht ausgeschöpft seien, kann ebenfalls auf Dr. C.\_\_\_\_ verwiesen werden, wonach die Versicherte aufgrund des depressiven Zustandes nicht in der Lage gewesen sei, genügend von den Therapiemassnahmen zu profitieren, weshalb eine Änderung der Massnahmen in Betracht gezogen werden müsse. Diesbezüglich ist einerseits zu bemerken, dass die Versicherte die Therapeutin gewechselt hat, als das Vertrauen nicht mehr vorhanden war und dass Dr. F.\_\_\_\_ der Versicherten schliesslich Dr. G.\_\_\_\_ als Therapeuten empfohlen hat. Somit sind Veränderungen vorgenommen worden. Andererseits wäre es falsch, die Verantwortung zur Wahl der geeigneten Therapie allein der versicherten Person zu überbinden, vor allem, wenn sie bereits in fachspezifischer Behandlung ist. Der Impuls für eine neue Massnahme sollte von der behandelnden Fachperson kommen. In diesem Sinn wurde die Versicherte von Dr. G.\_\_\_\_ wegen ihrer Grundängstlichkeit und der chronifizierten Schmerzkrankheit am 26. März 2018 in die Klinik für Schmerztherapie überwiesen und stationär vom 4. Juni 2018 bis 29. Juni 2018 behandelt.

6.5 In Bezug auf die Medikation ist festzuhalten, dass es in der Verantwortung des Arztes liegt, die geeigneten Medikamente zu verschreiben. Die Wirksamkeit des Medikaments Deanxit wird weder vom behandelnden Arzt noch vom Gutachter in Frage gestellt. Es enthält die Wirkstoffe Flupentixol und Melitracen und wirkt stimmungsaufhellend und angstlösend. Es eignet sich zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Depressionen, welche durch Angst, Verlust der Fähigkeit, sich zu freuen, Versagensangst und Schuldgefühle gekennzeichnet sind. Flupentixol ist ein antipsychotischer Wirkstoff aus der Gruppe der Neuroleptika zur Behandlung von Schizophrenien und Psychosen. Melitracen ist ein Wirkstoff aus der Gruppe der trizyklischen Antidepressiva. Der Aussage von RAD-Arzt pract. med. J.\_\_\_\_, dass Deanxit kein wirksames Antidepressiva sei, kann deshalb nicht gefolgt werden.

6.6 Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die RAD-Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_ vom 23. November 2017 mit den Aktennotizen von Dr. I.\_\_\_\_ und pract. med. J.\_\_\_\_ die beweisrechtlichen Anforderungen an einen Arztbericht nicht erfüllt, weshalb sie als Grundlage für die Ablehnung der IV-Rente untauglich ist.

6.7 Dies bedeutet indessen noch nicht, dass auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ abgestellt werden kann, auch wenn es über weite Strecken überzeugt. Denn hinsichtlich der Diagnose einer depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.1) und der Feststellung, dass es sich um eine einzige depressive Störung zeitlebens handle, die allerdings im Verlauf schwanke und stark von äusseren Umständen abhängt, besteht noch Erläuterungsbedarf. Insbesondere aufgrund des Zusatzes, dass die Versicherte bisher eine einzige reaktive depressive Phase erlitten habe, die bisher nicht genügend remittiert sei und sich seit dem Tod der Mutter 2016 wieder eher verschlechtert habe. Unklar ist insbesondere das Verhältnis der reaktiven depressiven Phasen zur langjährigen mittelgradigen Depression. Diesbezüglich bemerkte auch Dr. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 16. April 2018, dass eine reaktive Depression gemäss ICD-10 F43.21 leichtgradigen Ausmasses sei und höchstens zwei Jahre dauere, was mit dem im Gutachten datierten Beginn von 2013 nicht vereinbar sei. Die langdauernde Behandlung impliziere aber vorliegend mehr als ein reaktives Geschehen, weshalb es sich bei der Diagnosebeschreibung durchaus um ein Missverständnis handeln könnte. Dr. G.\_\_\_\_ geht seinerseits von einer chronischen Schmerzkrankheit in Zusammenhang mit alten Traumata und einer chronischen Depression mit kognitiver Einschränkung aus. Es besteht folglich noch Klärungsbedarf hinsichtlich der genauen Diagnose und deren Folgen. Von Interesse ist dabei auch das Verhältnis der psychiatrischen Diagnose zum Ganzkörperschmerzsyndrom, welches seitens Dr. B.\_\_\_\_ diagnostiziert wurde. Dazu führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass anzunehmen sei, dass sich der psychische Zustand ungünstig auf die Verarbeitung der körperlichen Beschwerden auswirke und auch eine gewisse Somatisierungstendenz im Rahmen der Depression angenommen werden müsse. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf den Austrittsbericht der Klinik K.\_\_\_\_ vom 15. Juni 2018, wonach ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegen-

wärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) diagnostiziert wurden. Wie es sich mit den Diagnosen und Wechselwirkungen genau verhält, wird im Rahmen einer erneuten psychiatrischen Abklärung zu klären sein. Um eine unvoreingenommene Beurteilung zu garantieren, rechtfertigt es sich, diese bei einem nicht vorbefassten psychiatrischen Gutachter bzw. einer nicht vorbefassten psychiatrischen Gutachterin in Auftrag zu geben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die Angelegenheit wird zur Einholung eines neuen psychiatrischen Gutachtens an die Vorinstanz zurückgewiesen.

7.1 Es bleibt über die Kosten zu beurteilen. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden.

7.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Versicherten macht in seinen Kostennoten vom 19. April 2018 und 25. Juli 2018 einen Aufwand von 9 Stunden und 45 Minuten sowie Auslagen von Fr. 15.-- geltend, was angemessen ist. Der Versicherten ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'327.50 (9 Stunden und 45 Minuten x Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen und 7.7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

8.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

8.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

8.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung - wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst - einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 648 E. 2.2, bestätigt im Urteil K. des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C\_567/2008, E. 2-4; vgl. auch Urteil K. des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C\_748/2007).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 6. März 2018 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückgewiesen wird.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die IV-Stelle hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'327.50 (inkl. Auslagen) zu bezahlen.







**Kantonsgesetzgebung**  
**Basel-Landschaft**  
Abteilung Sozialversicherungsrecht

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