



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. Januar 2018 (720 17 316 / 04)

Invalidenversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhalts: Dem verwaltungsextern eingeholten Gutachten kommt kein ausschlaggebender Beweiswert zu.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1960 geborene A.____ war zuletzt in Teilzeit als Küchenhilfe im Alterszentrum B.____ in X.____ erwerbstätig. Am 26. Juni 2015 meldete sie sich unter Hinweis auf Rücken- und Kniebeschwerden, einen Fersensporn sowie psychische Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge die gesundheitlichen, erwerblichen und hauswirtschaftlichen Verhältnisse ab. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens wies sie mit Verfügung vom

18. August 2017 – in Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung – einen Anspruch von A._____ auf eine Rente ab, da keine rentenbegründende Erwerbseinbusse ausgewiesen sei.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Roman Felix, am 22. September 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 18. August 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass der Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe und zudem die Haushaltsabklärung sowie der Einkommensvergleich nicht korrekt durchgeführt worden seien. Ferner sei für die Invaliditätsbemessung nicht die gemischte Methode, sondern die allgemeine des Einkommensvergleichs anzuwenden.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 31. Oktober 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 22. September 2017 ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. August 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 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).

3.2 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 andern 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).

3.3 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.

4.1 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 30 E. 1).

4.2 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).

4.3 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, 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 oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin 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).

5.1 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht-erwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 507 E. 3.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juli 2012, 9C_335/2012, E. 3.1). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung (hier: 18. August 2017) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 137 V 338 E. 3.2, 125 V 150 E. 2c, je mit Hinweisen).

5.2 Während die IV-Stelle davon ausgeht, dass die Versicherte als Gesunde zu 80% einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde und zu 20% im Haushalt beschäftigt wäre, was zur Anwendung der gemischten Methode führe, macht die Versicherte geltend, sie wäre ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen zu 100% erwerbstätig, weshalb die Bemessung der Invalidität nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen habe.

5.3 Diese aktuelle Erklärung der Beschwerdeführerin vermag nicht zu überzeugen. Aus dem Fragebogen für Arbeitgebende vom 22. Juli 2015 ergibt sich, dass sie vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Rahmen eines Pensums von 35,583 Stunden pro Woche einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachging. Dies entspricht im Vergleich zu einer Vollzeittätigkeit von 42 Wochenstunden einem Pensum von 80%. Eine Erhöhung des Pensums auf 100% stand laut Angaben im Fragebogen zur Ermittlung der Erwerbstätigkeit vom 23. Juli 2016 auch nach dem Tod des Ehemannes im Jahr 2015 nicht zur Diskussion. Vielmehr erklärte die Beschwerdeführerin im Fragebogen explizit, dass sie bei guter Gesundheit und den aktuellen familiären Verhältnissen weiterhin im bisherigen Pensum erwerbstätig wäre. Aufgrund dieser – unterschriftlich bestätigten – klaren und eindeutigen Aussage ist demnach davon auszugehen, dass sie im Gesundheitsfall wie bisher teilzeitlich arbeiten würde. Wenn sie geltend macht, dass ihre beiden erwachsenen und berufstätigen Kinder nur deshalb noch zu Hause wohnen und sich am Mietzins beteiligen, weil sie gesundheitlich stark angeschlagen sei, ist ihr entgegenzuhalten, dass eben gerade auch die Beteiligung der noch zu Hause wohnenden Kinder an den mit dem gemeinsamen Haushalt im weitesten Sinne zusammenhängenden Aufgaben zu berücksichtigen ist. Dass sich die Verhältnisse in den Monaten bis zum Verfügungserlass am 18. August 2017 entscheidend verändert hätten, ist weder dargetan noch sonst wie ersichtlich.

Demnach ist mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde im Umfang von 80% einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde.

6. Ausgangspunkt bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig bzw. im Aufgabenbereich eingeschränkt ist.

6.1 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 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

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

6.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche

Abteilungen] vom 9. August 2000, I 437/99, E. 4b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

6.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelbenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

7. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

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

8.1 Die IV-Stelle beauftragte die Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) mit einem polydisziplinären Gutachten, welches am 29. Februar 2016 erstattet wurde. Demnach wurden bei der Versicherten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikospondylogenes bis zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits linksbetont (ICD-10 M53.0/M53.1), ein chronisches lumbospondylogenes bis differenzialdiagnostisch intermittierend sensibles radikuläres Schmerz- und Ausfallsyndrom L5 rechts (ICS-10 M54), eine Gonarthrose rechts (ICD-10 M17.1), eine chronische Enthesitis plantaris beidseits (ICD-10 M72), eine Schlaf-Grand-mal-Epilepsie (ICD-10 G40.8) und eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) vermischt mit Trauerreaktion diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), ein Migränekopfschmerz (ICD-10 G43) mit Aura, anamnestisch eine beginnende Fingergelenkspondylarthrose (ICD-10 M15.9), ein substituierter Vitamin D-Mangel (ICD-10 E55), anamnestisch ein leichtes saisonales Asthma bronchiale (ICD-10 J45) und eine chronische Rhinitis mit Postnasal-Drip (ICD-10 J31), eine Sensibilisierung gegen Baum- und Roggenpollen (ICD-10 J30) und eine Adipositas (ICD-10 E66). Es bestünden seit Jahren klar nachweisbare pathologische Befunde am Bewegungsapparat. Das Ausmass der geklagten Schmerzsymptomatik, die weitgehende Therapieresistenz trotz engmaschiger fachärztlich-rheumatologischer Behandlung und die geklagten Weichteilempfindlichkeiten liessen jedoch den Verdacht auf eine relevante psychosoziale Überlagerung des Schmerzbildes im Sinne eines multilokulären Schmerzsyndroms zu. Die zuletzt ausgeübte körperlich mittel- bis schwerbelastende Arbeit in der Küche sei seit Januar 2015 nicht mehr zumutbar. Körperliche leichte, angepasste berufliche Tätigkeiten seien seit Januar 2015 im Umfang von 75% möglich. Zu vermeiden seien dabei Arbeiten mit stereotypen Rotationsbewegungen der Hals- und Lendenwirbelsäule (HWS, LWS) und Arbeiten mit anhaltenden Oberkörperverneigepositionen. Berufsbedingte Kontrollgänge auf ebener Unterlage seien intermittierend möglich, jedoch keine regelmässigen beruflichen Aktivitäten, welche mit regelmässigem Treppensteigen oder gar dem Benützen von Leitern und Gerüsten verbunden seien. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille sei bis maximal 15 kg, über die Taille bis maximal 10 kg möglich. Diese Beurteilung stimme mit derjenigen der behandelnden Ärztin Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, partiell überein, wonach der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 50% zumutbar sei. In neurologischer Hinsicht seien keine Beteiligungen neuraler Strukturen festzustellen. Es bestünden eine Schlafmal-Epilepsie, ein lumbospondylogenes Syndrom mit einem Zustand nach sensiblem radikulärem Syndrom L5 rechts und ein Migränekopfschmerz. Aufgrund der schlafgebundenen Grandmal-Epilepsie mit weiterhin nachweisbarer niedriger Krampfschwelle seien grundsätzlich sturz- oder unfallgefährdende Arbeiten oder ein regelmässiger Schichtdienst nicht möglich. Insgesamt sei aus neurologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% zu bejahen. In psychiatrischer Hinsicht weise die Versicherte eine leichtgradige depressive Episode auf, aktuell gemischt mit Trauerreaktion nach dem Tod des langjährigen Ehepartners im Oktober 2015. Eine höhergradige depressive Episode könne nicht festgestellt werden. Das generalisierte Schmerzsyndrom habe sich bereits vor der Erkrankung des Ehemannes manifestiert. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20% eingeschränkt. In gesamtmedizinischer Hinsicht seien die die zuletzt ausgeübte sowie sonstige körperlich mittel- bis schwerbelastende berufliche Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für körperlich leicht belas-

tende berufliche Tätigkeiten bestünde unter spezifischen Arbeitsplatzbedingungen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75%. Das Pensum könne vollsichtig umgesetzt werden mit einem Pausenbedarf von 10-15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement. Die geringen Leistungseinbussen der verschiedenen Fachrichtungen würden sich nicht addieren; es könnten die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden. Im Haushalt betrage die Einschränkung 20%.

8.2 Die Beschwerdeführerin war vom 8. November 2016 bis 15. Dezember 2016 in der Klinik D.____AG hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 23. Dezember 2016 wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), Grand-mal-Anfälle, seit Jahren anfallsfrei (ICD-10 G40.6), eine Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, andere Kontakianlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63) und sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensführung (ICD-10 Z72.8) diagnostiziert. Während der Behandlung hätten sich Stimmungsschwankungen und Erschöpfungszustände gezeigt. Die wechselhafte Stimmungslage stünde auch im Zusammenhang mit der nicht abgeschlossenen Trauerarbeit. Die Versicherte habe sich nur teilweise in den Trauerprozess einlassen können. Sie wirke schnell erschöpfbar und die Konzentrationsfähigkeit sei beeinträchtigt. Im Verlauf der Therapien habe sich die depressive Stimmungslage, die Antriebs- und Lustlosigkeit teilweise zurückgebildet und die Schlafqualität habe sich verbessert. Im Zeitpunkt des Austritts aus der Klinik habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Prognose sei eher ungünstig.

8.3 Dr. med. E.____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, stellte am 27. Januar 2017 fest, dass bei der Versicherten circa Ende Oktober 2016 eine Kniearthroskopie links bei Meniskusläsion durchgeführt worden sei. Sie bat darum, hierzu weitere Unterlagen einzufordern um hernach beurteilen zu können, ob sich allenfalls eine relevante Veränderung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit eingestellt habe.

8.4 Am 10. Juni 2017 nahm der RAD-Arzt Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zum Austrittsbericht der Klinik D.____AG vom 23. Dezember 2016 Stellung. Er hielt fest, dass der Auslöser der Depression, insbesondere der Tod des Ehemannes im Oktober 2015, im Gutachten der ABI vom 29. Februar 2016 ausführlich beschrieben worden sei. Während dem Klinikaufenthalt habe sich zwar keine vollständige, jedoch unter Erhöhung der Dosierung des Medikaments Venlafaxin eine teilweise Rückbildung der Beschwerden eingestellt, so dass insgesamt ein ähnlicher psychischer Gesundheitszustand vorliege, wie im Zeitpunkt der Begutachtung durch die ABI. Während des stationären Aufenthalts in der Klinik D.____AG habe eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Vor und nach dem Klinikaufenthalt betrage die Arbeitsfähigkeit gemäss Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten der ABI 20%.

8.5 Die behandelnde Ärztin Dr. C.____ hielt am 22. Mai 2017 fest, dass die Versicherte seit Jahren bei ihr in Behandlung sei. Aktuell stünden tieflumbale Rückenbeschwerden links im Vordergrund. Klinisch präsentiere sich die Versicherte mit einem sensiblen lumboradikulären Ausfallsyndrom L5/S1 bei nachgewiesener grösserer mediolateral links gelegener Diskushernie

auf der Höhe L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 ohne Kompression. Aus rheumatologischer Sicht sei die im Gutachten der ABI attestierte Arbeitsfähigkeit von 75% nicht realistisch.

8.6 Am 27. Juni 2017 führte Dr. C.____ aus, bei der Versicherten stünde aktuell erneut das zervikospodylogene Schmerzsyndrom beidseits bei Diskopathie C5/6 links mit beginnender Kompression der Nervenwurzel C6 links foraminal im Vordergrund. Wegen der geplanten diversen Infiltrationen am Nacken- Schultergürtel werde der Versicherten aktuell eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Nach Abschluss der Neuraltherapie betrage die Arbeitsunfähigkeit wiederum 50%.

8.7 In ihrer Stellungnahme vom 9. August 2017 hielt die RAD-Ärztin Dr. E.____ fest, dass sich keine neuen objektivierbaren Aspekte oder Diagnosen für eine relevante, anhaltende oder richtungsweisende Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung durch die ABI im Januar 2016 ergeben würden.

9.1 Die IV-Stelle ging gestützt auf die Beurteilung im Gutachten der ABI vom 29. Februar 2016 davon aus, dass der Versicherten angepasste Tätigkeiten im Umfang von 75% zumutbar sind. Wie in Erwägung 6.3 hiervor ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und Spezialärzten volle Beweiskraft zuzuerkennen, wenn diese aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, und solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien sind vorliegend jedoch nicht von der Hand zu weisen, wie die nachstehenden Erläuterungen aufzeigen.

9.2.1 Zunächst bestehen in somatischer Hinsicht bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit erhebliche fachärztliche Diskrepanzen. Während der rheumatologische Gutachter der ABI davon ausgeht, dass die Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 75% aufweise, attestiert die langjährig behandelnde Rheumatologin Dr. C.____ – vor und nach der Neuraltherapie – eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Die im Gutachten der ABI attestierte Arbeitsfähigkeit von 75% sei nicht realistisch. Auch wenn Dr. C.____ ihre Einschätzung der Leistungsfähigkeit in ihren Berichten vom 22. Mai 2017 und 27. Juni 2017 nicht weiter begründet, lässt sie ernsthafte Zweifel an der Zuverlässigkeit des rheumatologischen Gutachters aufkommen. Dies gilt umso mehr, als sich dieser mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Rheumatologin in keiner Weise auseinandersetzt und seine Schlussfolgerung, wonach seine Einschätzung der Leistungsfähigkeit mit derjenigen der behandelnden Ärztin Dr. C.____ partiell übereinstimmen würde, nicht stichhaltig ist. Es kommt hinzu, dass aufgrund der vorliegenden Berichte von Dr. C.____ nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten nach der Begutachtung durch die ABI im Januar 2016 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. August 2017 verschlechtert haben könnte. Immerhin beschreibt Dr. C.____ in ihrem Bericht vom 27. Juni 2017 eine therapiebedürftige Diskopathie C5/6 links mit beginnender Kompression der Nervenwurzel C6, wogegen im Gutachten der ABI noch keine Irritation der Wurzel C6 bestätigt werden konnte. Ausserdem wurden – soweit ersichtlich – keine weiteren Abklärungen in Bezug auf die von der RAD-Ärztin Dr. E.____ festgestellte Knie-

arthroskopie (vgl. E. 8.3 hiervor) vorgenommen. Auch in dieser Hinsicht ist nicht hinreichend geklärt, ob sich mittlerweile tatsächlich eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes und der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit eingestellt hat.

9.2.2 Auch in psychiatrischer Hinsicht vermag das Gutachten der ABI nicht zu überzeugen. Zweifel an der Schlüssigkeit der psychiatrischen Expertise ergeben sich aufgrund des abweichenden Berichts der Klinik D.____AG vom 23. Dezember 2016. Während der psychiatrische Gutachter – aufgrund einer lediglich 55 Minuten dauernden Exploration (mit Dolmetscherin) und nur spärlichen psychiatrischen Vorakten – eine leichtgradige depressive Episode, aktuell gemischt mit Trauerreaktion nach dem Tod des langjährigen Ehepartners im Oktober 2015, feststellte und deswegen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20% attestierte, ergibt sich aus dem Bericht der Klinik D.____AG vom 23. Dezember 2016 ein deutlich anderes Bild. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten nach einer stationären Beobachtung nicht nur eine leichte, sondern eine mittelgradige depressive Episode. Sie beobachteten bei der Versicherten Stimmungsschwankungen, Erschöpfungszustände und Konzentrationsschwächen. Auch wenn sich die depressive Stimmungslage, die Antriebs- und Lustlosigkeit im Verlauf der stationären Behandlung teilweise zurückbildeten, attestierten sie auch nach dem Austritt aus der Klinik eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und stellten eine eher ungünstige Prognose. Zwar enthält der Bericht der Klinik D.____ keine vollständige bzw. ausreichende Begründung. Dennoch lässt er unüberwindbare Zweifel an der psychiatrischen Beurteilung im ABI Gutachten aufkommen. Da im Bericht der Klinik D.____AG der beschriebene Gesundheitszustand (auch) mit der nicht abgeschlossenen Trauerarbeit nach dem Tod des Ehemannes im Oktober 2015 begründet wird, kann jedenfalls nicht ausgeschlossen werden, dass bei der Versicherten bereits seit längerer Zeit eine schwerwiegendere psychische Erkrankung vorliegen könnte, als der psychiatrische Gutachter der ABI und der RAD-Arzt Dr. F.____ angenommen haben.

9.2.3 Schliesslich wirft auch die im ABI-Gutachten vorgenommene interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit Fragen auf. Die Gutachter gingen unter blossem Hinweis, dass sich die Einschränkungen in den einzelnen Disziplinen hinsichtlich möglicher Pausen ergänzten, sodass kein additiver Effekt entstehe, davon aus, dass die Versicherte gesamthaft betrachtet unter spezifischen Arbeitsplatzbedingungen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75% aufweise. Bei dieser weder allgemein noch im Hinblick auf ein bestimmtes Belastungsprofil begründeten Einschätzung bleibt die Frage nach dem Zusammenspiel der somatischen und psychischen Einschränkungen auf die Leistungsfähigkeit weitgehend unklar. Dies gilt umso mehr, als der Versicherten ein regelmässiger und hoher Pausenbedarf (10-15 Minuten pro Stunde) attestiert wurde.

9.3 So wie sich die Aktenlage präsentiert, ist der massgebende medizinische Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt, weshalb die Auswirkungen der gesundheitlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der bestehenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden können. Folglich ist der rechtserhebliche Sachverhalt durch geeignete medizinische Abklärungen zu vervollständigen. Von weiteren Abklärungen kann nicht abgesehen werden, da nicht von vornherein angenommen werden kann, eine ergänzende Begutachtung vermöge zu keinen besseren Erkenntnissen führen. Damit steht fest, dass die ange-

fochtene Verfügung vom 18. August 2017 auf unzureichenden medizinischen Abklärungsergebnissen beruht und deshalb aufzuheben ist. Unter diesen Umständen braucht die streitige Frage, ob – wie die Beschwerdeführerin geltend macht – eine unzulässige Vorbefassung resp. Befangenheit des fallführenden und rheumatologischen Gutachters der ABI, Dr. med. G.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, zu bejahen ist, nicht abschliessend beurteilt zu werden.

10. Gemäss neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1 ff.). Vorliegend erweist sich das der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegte Gutachten der ABI vom 29. Februar 2016 als nicht beweistauglich. Zudem ist weitgehend ungeklärt, ob sich der Gesundheitszustand der Versicherten nach der Begutachtung durch die ABI im Januar 2016 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. August 2017 verschlechtert hat. Da es die IV-Stelle unterliess, die diesbezüglich nötigen (weiteren) Abklärungen zu veranlassen, und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Diese wird angehalten, den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von einer bisher nicht involvierten Institution polydisziplinär abklären zu lassen. Hernach wird sie zu entscheiden haben, ob eine erneute Abklärung im Haushaltsbereich erforderlich ist. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzungen wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

11.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 Satz 2 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb sie grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen hätte. 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. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Es werden deshalb keine Verfahrenskosten erhoben und der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- ist zurückzuerstatten.

11.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert

nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, hat diese der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 21. November 2017 einen Zeitaufwand von 10,9 Stunden geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Dieser Aufwand ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 32.90. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'978.55 (10,9 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 32.90 + 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

12.1 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).

12.2 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.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene

Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 18. August 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'978.55 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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