



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. April 2013 (720 12 307)

Invalidenversicherung

IV-Rente; Beweismässigkeit; somatoforme Schmerzstörung

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiber Stephan Paukner
Parteien	A. ____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Eduard Schoch, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 28, 4143 Dornach 1 gegen IV-Stelle Basel-Landschaft , Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Die 1963 geborene A.____ war zuletzt vom 2. August 2005 bis Ende 2010 als Hilfsarbeiterin für die Firma B.____ AG in C.____ tätig. Am 23. April 2009 stürzte sie beim Überqueren der Strasse über das Trottoir und fiel mit beiden Händen auf den Boden. Die in der Folge durchgeführten neurographischen Untersuchungen bestätigten ein mässig ausgeprägtes Karpaltunnelsyndrom (CTS) rechts. Nachdem die Schmerzen nach der Aufnahme einer hälftigen Arbeitsfähigkeit wieder zugenommen hatten, fand Mitte März 2010 ein operativer Eingriff in Form einer Neurolyse am rechten Handgelenk statt. Eine zunächst wieder in vollem Umfang

erreichte Arbeitsfähigkeit musste in der Folge wegen erneuter Schmerzen im rechten Unterarm ab Mitte Mai 2010 auf 50% reduziert werden. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt SUVA erbrachte für die Folgen des im April 2009 erlittenen Unfalls ihre Versicherungsleistungen und richtete der Versicherten mit Verfügung vom 18. Februar 2011 eine Invalidenrente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 10% aus. Diese Verfügung bestätigte sie mit Einspracheentscheid vom 4. Juli 2011. Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht mit Urteil vom 29. März 2012 ab.

B. Am 27. Januar 2010 hatte sich die Versicherte zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) angemeldet. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse, insbesondere nach den von der Versicherten erhobenen Einwänden im Vorbescheidverfahren und einem bidisziplinären Gutachten bei Dr. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie bei Dr. E.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) der Versicherten mit Verfügung vom 5. September 2012 ab Juli 2010 eine ganze und ab September 2010 eine halbe IV-Rente befristet bis Ende Februar 2011 zu. Für die Zeit ab März 2011 verneinte sie einen Rentenanspruch.

C. Gegen diese Verfügung vom 5. September 2012 erhob die Versicherte, vertreten durch Eduard Schoch, Rechtsanwalt, frist- und formgerecht Beschwerde am Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, die angefochtene Verfügung sei teilweise aufzuheben und es sei ihr ab 1. Juli 2010 eine unbefristete ganze IV-Rente zuzusprechen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen geltend gemacht, dass nicht auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. D.____ und E.____ abgestellt werden könne. Bei der Beurteilung des rheumatologischen Gutachters sei von einer Momentaufnahme auszugehen und auch der psychiatrische Gutachter habe seine Beurteilung aufgrund einer einmaligen Untersuchung abgegeben. Im Gegensatz dazu habe das Spital F.____ eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert. Auch gehe der Hausarzt von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus, was mit den Berichten der Klinik G.____ übereinstimme. Die Beurteilung der beiden Gutachter sei somit in Unkenntnis der gesamten Aktenlage erfolgt, weshalb das entsprechende Gutachten nicht verwertbar sei. Die Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig und habe demnach Anspruch auf eine ganze unbefristete Rente.

D. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 15. Oktober 2012 auf Abweisung der Beschwerde. Auf die entsprechenden Vorbringen beider Parteien ist - soweit notwendig - in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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 11. Oktober 2012 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 andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

2.3 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 dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.4 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 abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert

schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder - als alternative Voraussetzung - sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

3.1 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.

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des 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).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

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

4.3 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5.1 Die IV-Stelle gab zur Abklärung des Gesundheitszustandes und zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten bei Dr. med. E.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 9. März 2012 erstattet wurde. Darin hielten die Experten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit linksbetontem lumbospondylogem Schmerzsyndrom bei Osteochondrosen, aktuell fehlendem Hinweis auf ein lumboradikuläres und zervikoradikuläres Reizsyndrom, bei Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung sowie bei muskulärer Dysbalance vom Schulter-/Nackengürteltyp, sowie ein residuelles sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts bei Status nach CTS-Operationen im Februar 2009 und März 2010 fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter unter anderem ein unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom im Rahmen einer Symptomausweitung bei Chronifizierungsproblematik mit Schmerzfehlerverarbeitung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie ein Status nach depressiver Episode. In der rheumatologischen Beurteilung kam der Gutachter zum Schluss, dass sich insbesondere kein Hinweis auf eine neurokomprimierende Pathologie im Sinne von objektivierbaren Diskushernien finden lasse. Es bestünden im Rahmen der aktuellen Untersuchung keine klinischen Hinweise auf eine radikuläre Reizsymptomatik.

Insgesamt hätten sämtliche bisher durchgeführten Therapiemassnahmen zu keinerlei positiver Beeinflussung der Beschwerden geführt. Es bestünden klare Hinweise auf eine Symptomausweitung mit zunehmender Manifestation einer chronischen Schmerzstörung bei bestehender Schmerzfehlverarbeitung sowie aktenkundig zusätzlich beeinflussender psychischer Faktoren. Es könne eine verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts sowie beider Hände vor allem für mittelschwere und schwere Tätigkeiten ausgewiesen werden. Bezüglich einer geeigneten, sowohl das Achsenskelett wie auch die Handgelenke leicht belastenden Tätigkeit in Wechselhaltung, abwechslungsweise sitzend, stehend und gehend, sowie ohne repetitive Überkopfarbeiten, bestehe spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung aus rheumatologischer Sicht eine volle zumutbare Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Zeitpunkt und Beginn der möglichen Durchführung einer derart geeigneten Tätigkeit könne retrospektiv nicht mehr eruiert werden, da die Explorandin durch den Hausarzt vor allem aus psychischen Gründen arbeitsunfähig geschrieben worden sei.

In psychiatrischer Hinsicht gelangte Dr. D._____ zum Schluss, dass sich die Explorandin in einer psychosozial belastenden Situation befinde. Einerseits lägen objektivierbare Befunde vor; andererseits bestünde schon seit längerer Zeit offensichtlich eine sich in den vergangenen zwei Jahren stark erhöhte Körperschmerzsymptomatik, wobei sich diesbezüglich nicht genügend objektivierbare Befunde finden liessen. Es müsse deshalb die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung oder mindestens einer Schmerzfehlentwicklung angenommen werden, da eine ursächliche Beteiligung an der Schmerzentwicklung durch die psychosoziale Belastung vorliege. Im Rahmen von finanziellen Schwierigkeiten und unklaren Zukunftsperspektiven habe die Explorandin auch eine depressive Symptomatik entwickelt. Mit Ausnahme einer emotionalen Labilität und allenfalls einer im Gespräch leicht gedrückten Stimmung fänden sich heute keine Hinweise, welche auf eine Depression schliessen liessen. Es müsse demnach von einer deutlichen Besserung ausgegangen werden, was von der Explorandin auch entsprechend bestätigt werde. Bezüglich Förster-Kriterien müsse festgestellt werden, dass keine psychische Komorbidität bestehe. Es bestehe eine körperliche Begleiterkrankung mit mehrjährigem Verlauf. Der Krankheitsverlauf könne jedoch nicht als mehrjährig mit unveränderter oder progredienter Symptomatik bezeichnet werden, da erst in den letzten ein bis zwei Jahren eine Zunahme der Körperschmerzproblematik beobachtet worden sei. Es bestehe kein ausgesprochener sozialer Rückzug in allen Lebenslagen, wobei die Explorandin angebe, nur wenig soziale Kontakte zu pflegen, was aber eher mit der Arbeitssituation zusammenhänge. Grundsätzlich habe sie keine Schwierigkeiten im sozialen Bereich. Von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf könne nicht ausgegangen werden, da die Entwicklung noch nicht lang anhaltend genug sei. Es sei bisher auch keine längerfristig konsequente psychiatrische Behandlung durchgeführt worden.

In ihrer Konsensbeurteilung kamen die beiden Gutachter zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne. Gesamtmedizinisch sei daher die aus somatischer Sicht angegebene Arbeitsfähigkeit heranzuziehen.

5.2 Den übrigen medizinischen Akten ist sodann ein Unfallschein der SUVA, eingegangen bei der IV-Stelle am 16. Dezember 2010, zu entnehmen. Den darauf von Dr. G.____, FMH Innere Medizin, vermerkten Eintragungen zufolge war die Versicherte vom 11. Mai 2010 bis 14. Januar 2011 durchgehend im Umfang von 50% arbeitsunfähig. Darüber hinaus sind folgende medizinische Unterlagen von Relevanz zu berücksichtigen:

5.2.1 Gemäss ärztlichem Zwischenbericht von Dr. G.____, FHM Innere Medizin, vom 28. Mai 2010 bestünde nach der Arbeitsaufnahme seit dem 3. Mai 2010 ab 12. Mai 2010 wieder eine hälftige Arbeitsfähigkeit sowie deutliche tendomyopathische Schmerzen rechts und vor allem neu auch links durch Überlastung beim repetitiven Packen von Gewichten von zwei bis drei Kilogramm im Akkord. Eine leichtere Arbeit sei nicht vorhanden.

5.2.2 Mit kreisärztlichem Untersuchungsbericht vom 11. November 2010 diagnostizierte Dr. H.____ bei der Versicherten einen Status nach fraglicher distaler Radiusfraktur rechts, ein rechts mässiges und links leichtes CTS sowie einen Status nach Neurolyse des Nervus medianus carpalis im rechten Handgelenkssegment. Unfallfremd bestünde ein Status nach CTS rechts und nach Carpaltunnelspaltung am 23. Februar 2009. Bezüglich des rechten Handgelenks bestünde Konkordanz. Die Beschwerden am linken Handgelenk sowie an der Hals- und Lendenwirbelsäule seien hingegen unfallfremd. Trotz operativer Revision des rechten Carpalkanals im März 2010 zeige sich im Vergleich mit der kreisärztlichen Untersuchung vom 1. Oktober 2009 eine identische Situation. Aus objektiver Sicht sei die Schmerzsymptomatik an der rechten Hand etwas geringer. Die Versicherte sei darüber aufgeklärt worden, dass einerseits eine Zumutbarkeit in unfallkausaler Hinsicht und andererseits eine Zumutbarkeit unter Berücksichtigung der unfallfremden Leiden erstellt werde. Aus rein medizinischer Sicht sei zweifelsfrei ein Endzustand eingetreten. Eine erneute, objektivierbar neurologische Schädigung des rechten Carpalkanals könne nicht festgestellt werden. Es lägen vielmehr Residuen der erfolgten Eingriffe mit erneuten Vernarbungen vor, sodass von weiteren operativen Interventionen am rechten Carpalkanal aktuell abgesehen werden sollte. Zumutbar seien der Versicherten in Bezug auf das rechte Handgelenk ganztags leichte Tätigkeiten ohne Vibration, ohne Stück- und Zeitakkord, unter Meidung von Nässe, Kälte und Zugluft bei leichter bis manchmal knapp mittelschwerer Arbeit. Schwere manuelle Arbeiten sowie dauernd mittelschwere Tätigkeiten seien zu unterlassen. Unter Berücksichtigung der unfallfremden Leiden in Bezug auf das linke Handgelenk und auf die HWS sowie LWS seien der Versicherten leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar.

5.2.3 Auf Anfrage des Taggeldversicherers vom 21. April 2011 beantwortete Dr. G.____ die Frage der Arbeitsunfähigkeit der Versicherten dahingehend, dass diese für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei. Für rückschonende Tätigkeiten ohne manuelle Belastung betrage die Arbeitsfähigkeit seit Anfang Dezember 2010 schätzungsweise 50%.

5.2.4 Im Bericht vom 12. Mai 2011 sah Dr. I.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Medizin, Klinik F.____, zur weiteren Abklärung der lumboradikulären Reizsymptomatik ein MRT der LWS vor. Aufgrund der chronischen und generalisierten Schmerzsymptomatik sei eine stationäre

re Aufnahme zur Durchführung einer Etagendiagnostik und einer multimodalen Schmerztherapie empfohlen worden.

5.2.5 Gemäss Bericht von Dr. J.____, FMH medizinischen Radiologie, vom 19. Mai 2011 sei am 17. Mai 2011 eine triplanare, native und kontrastmittelverstärkte MRI der LWS und der Iliosacralgelenke durchgeführt worden. Radiologisch könnten keine Diskushernien oder anderweitige Neurokompressionen diagnostiziert werden. Spondylolysen bestünden keine. Die Iliosacralgelenke seien normal konfiguriert. Es fänden sich minimale Spondylarthrosen auf Höhe L2/L3 bis L5/S1, allesamt mit diskreten Reizergüssen, jedoch ohne Synovitis oder einem entzündlichen Kapselödem.

5.2.6 Dem Wiedererwägungsgesuch der Klinik F.____ vom 24. Mai 2011 betreffend die Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt ist zu entnehmen, dass bei der Versicherten die ambulant durchführbaren therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft seien. Die Situation mit nunmehr psychophysischer Dekompensation bei multiplen schmerzhaften Problemen am Bewegungsapparat, insbesondere im HWS-Bereich, sei ambulant nicht mehr beherrschbar. Es sei schnellstmöglich ein multimodaler, stationärer Behandlungsansatz notwendig, um die Patientin aufzufangen. Insbesondere müsse die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt und verbessert werden. Selbst im Haushalt sei die Patientin zur Zeit nicht einsatzfähig.

5.2.7 Gemäss Arztzeugnis zu Handen der Arbeitslosenversicherung von Dr. G.____ vom 4. Juli 2011 sei die Versicherte seit 27. August 2010 bis Ende November 2010 zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Seit Anfang Dezember 2010 sei sie in einer leichten, körperlichen Tätigkeit ohne Kraftanwendungen der Arme und Hände bis auf weiteres bzw. voraussichtlich dauernd zu 50% arbeitsunfähig.

5.2.8 Zufolge dem Bericht der Klinik F.____ vom 12. Juli 2011 an den Krankentaggeldversicherer klage die Patientin über chronische Schmerzen im Bereich des Rückens, der Handgelenke und über eine lumboradikuläre Schmerzausstrahlung rechtsbetont mit Sensibilitätsstörungen und Kribbelparästhesien. Des weiteren beklage sie eine zervikoradikuläre Reizsymptomatik C6 linksbetont und eine Kraftlosigkeit der Hände. Das am 17. Mai 2011 durchgeführte MRT habe keine Diskushernie und auch keine Spinalstenose gezeigt. Eine leichte Wechseltätigkeit könne möglich werden, sobald es zu einer Linderung der lumboradikulären Reizsymptomatik gekommen sei. Da die Behandlung erst begonnen habe, könnten zunächst noch keine weiterführenden Angaben gemacht werden. Aufgrund der multilokulären Schmerzsymptomatik, einer somatoformen Schmerzstörung und einer depressiven Entwicklung sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit längerfristig wohl nicht über maximal 50% gesteigert werden könne. Wenn es gelinge, die lumboradikuläre Reizsymptomatik zu lindern, wäre eine moderate Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis maximal 50% in leichter Wechseltätigkeit denkbar. Eine Nachkontrolle sei im August 2011 vorgesehen.

5.2.9 Mit Arztbericht vom 13. September 2011 diagnostizierte Dr. K.____, Leitender Arzt Neurologie des Spitals L.____, ein panvertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen lumbal, eine mittelschwere depressive Episode, eine intermittierende CK-Erhöhung

unklarer Ätiologie, ein Gewichtsverlust unklarer Ätiologie sowie einen Vitamin D-Mangel. Anamnestisch sei Anfang des Jahres auf der rechten Seite ein CTS operiert worden, wobei bisher keine Besserung eingetreten sei. Die Versicherte habe seit Anfang des Jahres ebenso linksseitige Beschwerden mit beinahe täglichen Problemen, zudem auch Taubheitsgefühle links mehr als rechts. In der Beurteilung hätten sich keine manifesten Paresen gezeigt, die mit einer Myopathie vereinbar gewesen wären. Aufgrund der beklagten und zunehmenden Beschwerden im Sinne eines CTS rechts mehr als links sei eine erneute Untersuchung durchgeführt worden, wobei sich jedoch mit Ausnahme eines residuellen sensomotorischen, leichtgradigen CTS rechts insgesamt Normalbefunde gezeigt hätten. Die beklagten Beschwerden hätten somit nicht objektiviert werden können. Insgesamt sei am Wahrscheinlichsten von einer nicht organischen, sondern von einer depressiven Genese auszugehen.

5.2.10 Mit Bericht vom 27. Oktober 2011 berichtete Dr. M.____, FMH Neurologie, über eine am 27. Oktober 2011 durchgeführte Elektroneurographie. Es lasse sich lediglich ein leichtes sensibles Karpaltunnelsyndrom links feststellen. Des Weiteren fänden sich Hinweise für eine noch nicht vollständige Restitution bei Status nach zwei operativen Behandlungen eines Karpaltunnelsyndroms rechts. Im Übrigen bestünden keine Auffälligkeiten. Die Anamnese sowie die Befunde der klinisch-neurologischen Untersuchung zeigten hingegen eine massive Symptomausweitung mit ausgedehnten Sensibilitätsstörungen, die sich nicht einem neuralen oder radikulären Versorgungsgebiet zuordnen liessen.

5.2.11 Gemäss Bericht der Klinik F.____ vom 8. Dezember 2011 habe die Versicherte anlässlich der letzten Konsultation am 1. Dezember 2011 von weiterhin generalisierten Schmerzen zervicobrachial und lumboradikulär berichtet. Die linksbetonten Nackenschmerzen hätten sich inzwischen leicht gebessert. Es bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Nach wie vor bestünde keine Indikation für Rückenoperationen. Ebenfalls werde versucht, weitere Infiltrationen möglichst zu vermeiden.

6.1 Strittig sind die gesundheitlichen Verhältnisse und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, dass sie vollständig arbeitsunfähig sei. Ihr Hausarzt gehe von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus, was mit den Berichten der Klinik F.____ übereinstimme. Ausserdem sei das Gutachten der Dres. E.____ und D.____ nicht verwertbar. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung kann zunächst nicht davon ausgegangen werden, dass die Dres. E.____ und D.____ ihre Beurteilung in Unkenntnis der gesamten Aktenlage getroffen haben, weil ihnen die Berichte der Klinik F.____ vom 12. Mai und 12. Juli 2011 nicht vorgelegen hätten. Diese beiden Berichte enthalten keine Angaben, die in den späteren Berichten der Klinik F.____, insbesondere in deren Bericht vom 8. Dezember 2011, nicht auch aufgenommen worden wären. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass insbesondere die Beurteilung von Dr. I.____ im Bericht der Klinik F.____ vom 12. Mai 2011 durch die nachfolgenden, bildgebenden Untersuchungen als überholt zu bezeichnen ist und damit so oder anders keine abweichende Beurteilung hätte begründen können. So hat Dr. I.____ in jenem Bericht namentlich zu Recht zusammengefasst, dass klinisch zunächst zwar eine lumboradikuläre Reizsymptomatik mit sensiblem Ausfallsyndrom im Vordergrund gestanden sei, mittels in der Folge durchgeführter MRT

vom 17. Mai 2011 eine Neurokompression hingegen ausgeschlossen werden konnte (vgl. Bericht von Dr. J.____, vom 19. Mai 2011). Ebenso wenig aber kann aus dem Umstand, dass der rheumatologische Gutachter Dr. E.____ demzufolge zu Recht aktuell keine Hinweise für ein radikuläres Reizsymptom festgestellt hat, abgeleitet werden, dass in einem früheren Zeitpunkt ein radikuläres Schmerzsyndrom bestanden habe. Das aufgrund alleine des klinischen Eindrucks der Patientin von den Ärzten der Klinik F.____ zunächst diagnostizierte, radikuläre Reizsyndrom vermag mithin nicht zu implizieren, dass ein solches in einem früheren Zeitpunkt bereits einmal vorhanden gewesen wäre, zumal Dr. I.____ in seinem Bericht vom 12. Juli 2011 zum Ergebnis kommt, dass eine Schmerzausweitung imponiere. Bereits mit Arztbericht vom 13. September 2011 war denn auch das Spital L.____ zum Ergebnis gelangt, dass mit Ausnahme eines leichtgradigen Karpaltunnelsyndrom rechts in neurologischer Hinsicht insgesamt Normalbefunde erhoben worden seien und die beklagten Beschwerden nicht hätten objektiviert werden können. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung kann demnach gerade nicht davon ausgegangen werden, bei der Beurteilung des rheumatologischen Gutachters sei von einer Momentaufnahme auszugehen. Da auch der Neurologe der Klinik F.____, abgesehen von einem bekannten leichten Karpaltunnelsyndrom, keine weiteren Auffälligkeiten festgestellt, sondern vielmehr ebenfalls auf eine massive Symptomausweitung hingewiesen hat (vgl. Bericht von Dr. M.____ vom 27. Oktober 2011), kann zusammenfassend festgestellt werden, dass zwischen dem rheumatologischen Gutachter Dr. E.____ und den behandelnden Ärzten im Wesentlichen Einigkeit darüber besteht, dass die geklagten Beschwerden der Versicherten grösstenteils somatisch nicht erklärbar sind (vgl. ebenso Arztbericht von Dr. K.____ vom 13. September 2011). Weitere neurologische Untersuchungen können somit unterbleiben.

6.2 Die in diesem Zusammenhang von der Versicherten postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit vermag daran nichts zu ändern. Nichts zu ihren Gunsten abzuleiten vermag sie zunächst aus dem abschliessenden Bericht der Klinik F.____ vom 8. Dezember 2011. Die darin erwähnte vollständige Arbeitsunfähigkeit bezieht sich gerade nicht auf eine noch zumutbare Verweistätigkeit und widerspricht den eigenen Einschätzungen der Klinik F.____ in deren Bericht vom 12. Juli 2011. Sodann hat der Hausarzt Dr. G.____ im Unfallschein der SUVA ab 11. Mai 2010 bis 14. Januar 2011 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von lediglich 50% bestätigt. Auf Anfrage des Taggeldversicherers hat der Hausarzt die Arbeitsfähigkeit für rückenschonende Tätigkeiten ohne manuelle Belastung seit Anfang Dezember 2010 ebenfalls auf 50% eingeschätzt (vgl. ebenso Arztzeugnis zu Händen der Arbeitslosenversicherung von Dr. G.____ vom 4. Juli 2011). Diese jeweils auf eine noch zumutbare Verweistätigkeit ausgerichteten Einschätzungen sind jedoch alle entweder noch vor der am 17. Mai 2011 durchgeführten MRT von Dr. J.____ bzw. in Unkenntnis von deren Ergebnis ergangen oder erfolgten noch vor dem Bericht der Klinik F.____ vom 12. Juli 2011, demzufolge aber in Übereinstimmung mit dem rheumatologischen Gutachter Dr. E.____ und der übrigen Ärzte nicht von einer organisch, sondern vielmehr von einer psychiatrisch bedingten Genese auszugehen ist (vgl. Bericht von Dr. M.____ vom 27. Oktober 2011). Dies gilt insbesondere auch für das Schreiben der Klinik F.____ vom 24. Mai 2011, wonach aktuell eine psychophysische Dekompensation vorliege. Damit aber ergibt sich in somatischer Hinsicht, dass auf die nachvollziehbare Beurteilung von Dr. E.____ und seine daraus gezogenen Schlüsse zur Arbeitsfähigkeit abgestellt werden kann. Wie oben aus-

geführt (vgl. E. 4.3 hiavor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Hinweise liegen dem Gesagten zufolge hier keine vor. Der begutachtende Rheumatologe hat die Versicherte eingehend untersucht, er geht in seinem ausführlichen Bericht einlässlich auf deren Beschwerden ein, setzt sich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt so ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Schliesslich erweist sich mit Blick auf die mehrheitlich fehlende Objektivierung der beklagten Beschwerden auch seine vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten als überzeugend.

6.3 Nichts anderes gilt für den psychiatrischen Teil des bidisziplinären Gutachtens von Dr. D.____. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin vermag der Umstand, dass der psychiatrische Gutachter seine Beurteilung anhand einer einzigen Untersuchung abgegeben hat, dessen Beurteilung nicht zu mindern. So ist es rechtsprechungsgemäss der Einschätzung der Gutachter zu überlassen, ob weitere Abklärungen angezeigt sind, ist es doch letztlich alleinige Aufgabe der Ärztin oder des Arztes, den Gesundheitszustand zu beurteilen (BGE 125 V 256 E. 4 S. 261 f.), und lässt sich ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung nicht allgemeingültig definieren (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Februar 2011, 8C_1055/2010, E. 4.2; vgl. auch Andreas Traub, Neues aus den sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts: Zum Beweiswert psychiatrischer Gutachten unter dem Aspekt der Untersuchungsdauer, SZS 2008 S. 393 f.). Vorliegend sind dem psychiatrischen Gutachter alle relevanten medizinischen Vorakten zur Verfügung gestanden und er hat aufgrund der aktuellen Untersuchung keine depressive Episode bei der Versicherten mehr feststellen können. Wie die Beschwerdeführerin zu Recht einwenden lässt, vermag dieser Umstand alleine nicht auszuschliessen, dass in der Zeit zuvor vorübergehend eine mittelgradige depressive Episode bestanden haben könnte, wie dies im Arztbericht des Spitals L.____ vom 13. September 2011 angegeben worden ist. Zumal dieser Einschätzung gerade keine fachpsychiatrische Untersuchung vorangegangen ist, bestehen in den psychiatrischen Akten jedoch keine Hinweise darauf, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten längerfristig aus psychischen Gründen eingeschränkt gewesen wäre, weshalb jene Diagnose hinsichtlich eines auch befristeten Rentenanspruchs ohne Auswirkung bleiben muss. Hierfür spricht ebenso die von der Versicherten selbst erwähnte Verbesserung ihrer psychischen Befindlichkeit anlässlich der Exploration durch Dr. D.____ (vgl. Gutachten der Dres. E.____ und D.____ vom 9. März 2012, S. 16 und 20).

6.4 Mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin kritisierte Beurteilung der Überwindbarkeit der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass die von der Rechtsprechung verlangten, sogenannten "Förster-Kriterien", welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern und Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen können, insgesamt zu Recht verneint worden sind (vgl. E. 2.4 hievor; BGE 130 V 352). Die dagegen vorgebrachten Argumente sind nicht stichhaltig. Soweit die Beschwerdeführerin bestreitet, dass der soziale Rückzug einzig auf ihre Arbeitssituation zurückzuführen sei,

wie dies von Dr. D.____ angegeben wird, so ist ihr zwar darin zuzustimmen, dass diese Aussage in ihrer Kürze widersprüchlich erscheinen mag. Hingegen hat Dr. D.____ in Übereinstimmung mit den anamnestischen Angaben darauf hingewiesen, dass die Versicherte gerne vermehrt mit Kolleginnen abmachen würde, dies jedoch nicht gut möglich sei, weil diese wegen ihrer Erwerbstätigkeit zeitlich zu sehr eingebunden seien. Diese Aussage der Versicherten selbst erklärt demnach diesen nur scheinbaren Widerspruch und weist gerade nicht auf einen sozialen Rückzug hin. Aufgrund des bei ihr bestehenden, leichten Karpaltunnelsyndroms ist die Versicherte zwar in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, hingegen für angepasste Tätigkeiten weiterhin voll arbeitsfähig. Was ihre darüber hinausgehenden Beschwerden betrifft, fehlt es den übereinstimmenden medizinischen Akten zufolge an einem organisch objektivierbaren Korrelat, wonach eine chronische Begleiterkrankung mithin ausgeschlossen werden muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Dezember 2011, 9C_771/2011, E. 6.3). Die von der Versicherten mit Ausnahme der nachvollziehbaren Beschwerden infolge des Karpaltunnelsyndroms geklagte Schmerzsymptomatik ist vielmehr Ausdruck eigenen Schmerzgeschehens und stellt somit keine Komorbidität dar. Ebenso wenig liegt letztlich ein Scheitern einer konsequent durchgeführten Behandlung trotz kooperativer Haltung der Versicherten vor, hat die Beschwerdeführerin doch den anamnestischen Angaben zufolge ihre erst 2011 begonnene psychiatrische Behandlung wieder abgebrochen, weil sie mit ihrer Psychiaterin nicht zurecht gekommen sei (vgl. Gutachten der Dres. E.____ und D.____ vom 9. März 2012, S. 15). Damit aber kann aus psychiatrischer Sicht keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden, weshalb in gesamtmedizinischer Hinsicht nachvollziehbar auf die aus somatischer Sicht angegebene Arbeitsfähigkeit des rheumatologischen Gutachters abzustellen ist.

6.5 Dem Gesagten zufolge ist demnach nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle in Übereinstimmung mit dem von ihr in Auftrag gegebenen Gutachten der Dres. E.____ und D.____ davon ausgegangen ist, dass die Versicherte bezüglich einer geeigneten, sowohl das Achsen skelett wie auch die Handgelenke leicht belastenden Tätigkeit in Wechselhaltung, abwechselungsweise sitzend, stehend und gehend, sowie ohne repetitive Überkopfarbeiten, ab dem Zeitpunkt der Begutachtung anfangs Februar 2012 voll arbeitsfähig ist. Gestützt auf die Aussage des rheumatologischen Gutachters, wonach Zeitpunkt und Beginn der Durchführung einer geeigneten Tätigkeit retrospektiv nicht mehr eruiert werden könne, hat sie für die Zeit zuvor ebenfalls zu Recht zunächst auf die hausärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und sodann auf die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung vom 11. November 2010 abgestellt. Den erwähnten Eintragungen von Dr. G.____ im Unfallschein der SUVA zufolge war die Versicherte seit Mai 2010 im Umfang von 50% arbeitsunfähig. Diese Einschätzung, welche sich auf die zuvor ausgeübte Tätigkeit bezogen hat, deckt sich für die Zeit der erstmaligen Anspruchsberechtigung ab Juli 2010 - infolge verspäteter Anmeldung zum Leistungsbezug (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) - denn auch mit dem ärztlichen Zwischenbericht des Hausarztes vom 28. Mai 2010 (vgl. E. 6.2 hievor). Gestützt auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. H.____ vom 11. November 2010, der schliesslich wiederum mit den gutachterlich erhobenen Untersuchungsbefunden der Dres. E.____ und D.____ übereinstimmt, ist die IV-Stelle sodann bereits ab November 2010 ebenfalls zu Recht von einer ganztags zumutbaren Verweistätigkeit ausgegangen.

6.6 Gegen die konkrete Invaliditätsbemessung sind beschwerdeweise keine Einwände erhoben worden. Auch wenn allenfalls fraglich erscheint, ob für die Berechnung des Valideneinkommens nicht auf den letzten, effektiv erzielten Verdienst bei Firma B.____ AG abgestellt werden müsste, wirkt sich das Heranziehen der Lohnstrukturerhebung infolge des dabei nur unterdurchschnittlichen Lohns letztlich aber zu Gunsten der Versicherten aus. Schliesslich stellt sich die Frage, ob für die Phase der vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Verweistätigkeit nicht ein leidensbedingter Abzug berechtigt gewesen wäre. Selbst wenn allerdings ein solcher Abzug in maximal zulässiger Höhe im Umfang von 25% berücksichtigt würde, ändert dies jedoch nichts daran, dass der massgebende Schwellenwert für eine Viertelsrente ab November 2010 nicht überschritten würde. Gestützt auf eine hälftige Arbeitsfähigkeit ab Mai 2010 sowie eine vollständige Arbeitsfähigkeit ab November 2010 hat die IV-Stelle der Versicherten unter Berücksichtigung der dreimonatigen Karenzfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV somit zu Recht eine für Juli bis August 2010 befristete ganze IV-Rente und im Anschluss sodann bis Februar 2011 eine halbe IV-Rente ausgerichtet. Die dagegen gerichtete Beschwerde ist demnach 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. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihr ist allerdings mit Verfügung vom 20. Dezember 2012 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse gehen.

7.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 20. Dezember 2012 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, hat dessen Entschädigung aus der Gerichtskasse zu erfolgen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 180.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 7. Februar 2013 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 6 1/2 Stunden geltend gemacht, was umfangmässig nicht zu beanstanden ist. Nicht zu beanstanden sind schliesslich die geltend gemachten Auslagen von insgesamt Fr. 48.--. Dem Parteivertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'315.45 (6 1/2 Stunden à Fr. 180.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 48.-- sowie 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'315.45 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.