



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

**vom 26. November 2015 (720 15 223 / 308)**

---

**Invalidenversicherung**

**Die IV-Stelle hat zu Recht auf die vorliegenden ärztlichen Unterlagen abgestellt und den Invaliditätsgrad korrekt berechnet, weshalb die vorliegende Beschwerde abzuweisen ist.**

\_\_\_\_\_  
Besetzung                      Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

\_\_\_\_\_  
Parteien                      A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Marco Albrecht, Advokat, Hauptstrasse 54, 4132 Muttenz

gegen

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

\_\_\_\_\_  
Betreff                      IV-Rente

A.            Die 1967 geborene A.\_\_\_\_ meldete sich am 29. Juli 2002 erstmals bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle die haushalterischen, erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse abgeklärt hatte, sprach sie A.\_\_\_\_ mit Verfügung vom 16. Juni 2004 in Anwendung der gemischten Bemessungsmethode rückwirkend eine befristete ganze IV-Rente mit Wirkung ab 1. Februar 2002 bis 31. Dezember 2002 zu. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_ am 22. Juni 2004 Einsprache. Aufgrund der Einsprache

wurde die Verfügung zwecks weiterer Abklärungen aufgehoben. Mit neuer Verfügung vom 10. März 2010 wurde A.\_\_\_\_ rückwirkend eine befristete halbe IV-Rente mit Wirkung ab 1. September 2005 bis 31. Dezember 2007 zugesprochen. Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

Am 31. Oktober 2012 (Eingangsdatum) meldete sich A.\_\_\_\_ erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Mit Schreiben vom 2. November 2012 wies die IV-Stelle A.\_\_\_\_ darauf hin, dass mit ihrem Leistungsbegehren keine neuen Tatsachen geltend gemacht worden seien und forderte sie auf, weitere Unterlagen einzureichen, da ansonsten nicht auf das Leistungsbegehren eingetreten werden könne. In der Folge reichte A.\_\_\_\_ verschiedene Arztberichte ein, welche dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) teilweise zur Stellungnahme unterbreitet wurden. Basierend auf der Stellungnahme des RAD vom 16. Januar 2013 gelangte die IV-Stelle zur Ansicht, dass eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht hinreichend glaubhaft gemacht worden sei. Mit Verfügung vom 7. März 2013 trat die IV-Stelle demzufolge nicht auf das Leistungsbegehren ein. Die dagegen erhobene Beschwerde von A.\_\_\_\_ hiess das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 4. Juli 2013 gut und wies die IV-Stelle an, auf das Gesuch von A.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2012 einzutreten.

Nachdem die IV-Stelle weitere erwerbliche und medizinische Abklärungen durchgeführt hatte, lehnte sie, nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren, das Leistungsbegehren von A.\_\_\_\_ ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Marco Albrecht, am 25. Juni 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. Ausserdem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen.

C. Mit Vernehmlassung vom 7. Juli 2015 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

D. Die instruierende Gerichtspräsidentin bewilligte mit Verfügung vom 18. August 2015 die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Marco Albrecht als Rechtsvertreter.

E. Die Beschwerdeführerin nahm mit Replik vom 10. September 2015 kurz zur Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin Stellung. Mit Duplik vom 28. September 2015 verwies die Beschwerdegegnerin auf die beigelegte Stellungnahme des RAD vom 22. September 2015 und hielt am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

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 form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 22. Mai 2015 gestützt auf den Sachverhalt, wie er sich damals präsentiert hat, einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht abgelehnt 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 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. 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.

3.1 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).

3.2 Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Versicherten nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bemessen, was von der Beschwerdeführerin – zu Recht – nicht bestritten wird.

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

4.1 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 Berufstätigkeit 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 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 EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, 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. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b) 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). 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 (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Unterlagen vor:

5.1.1 Mit Gutachten vom 15. Dezember 2008 attestierte Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, der Versicherten aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F 33.0) eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %.

5.1.2 Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Schreiben vom 19. Oktober 2009 an die IV-Stelle unter anderem folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- Dysthymie (F 34.1)
- Vd. a. soziale Phobie (F 40.1)
- St. n. morbider Adipositas

Er habe die Patientin seit seinem letzten Bericht im Sommer 2008 weiterhin ca. alle 6-8 Wochen gesehen. Ihre Stimmung und Befindlichkeit sei starken Schwankungen unterworfen; im Frühjahr 2009 für einige Monate eher besser als noch im Herbst 2008, ohne klaren Zusammenhang mit einem Wechsel der Antidepressiva. Nun nach der Operation im Juni 2009 nach anfänglicher optimistisch gefärbter Stimmungsaufhellung wieder Verunsicherung, Müdigkeit, Spannungskopfschmerzen, hypochondrisches Gedankenkreisen, starke Zukunftsängste und pessimistische Klagsamkeit. Derzeit fühle sich die Versicherte ausserstande einer Berufstätigkeit nachzugehen.

5.1.3 Im Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. März 2013 zu Händen der Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft wird unter anderem festgehalten, dass er in Übereinstimmung mit dem

Zeugnis von Dr. D.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom 12. November 2012 bestätigen könne, dass sich der physische und psychische Gesundheitszustand der Patientin seit 2010 verschlechtert habe. Einerseits sei sie durch wiederholte Schmerzattacken sowie die eben erst operierte Bauchwandhernie vom 1. März 2013 somatisch deutlich eingeschränkt. Diese Schmerzen sowie ihre objektiv eingeschränkte Bewegungsfreiheit hätten auch einen negativen Einfluss auf Stimmung und den Antrieb; immer wieder und teils über mehrere Wochen sei es zu depressiven Einbrüchen mit Adynamie, schneller Erschöpfbarkeit, Gereiztheit und deutlich vermindertem Élan vital gekommen. Aus psychiatrischer Sicht habe sich die Arbeitsfähigkeit der Versicherten trotz fortgesetzter ärztlicher Betreuung in den vergangenen zwei Jahren klar reduziert.

5.1.4 Mit Schreiben vom 23. April 2013 an die IV-Stelle berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberärztin X.\_\_\_\_, dass die Versicherte leider nach der bariatrischen Operation mehrere Komplikationen erlitten habe. Insbesondere habe im Juni 2009 eine Revisionslaparoskopie wegen innerer Hernie durchgeführt werden müssen. Eine erneute Laparoskopie mit Dünndarmreposition sei im November 2010 nötig gewesen. Im Dezember 2011 habe notfallmässig eine Revisionslaparoskopie wegen innerer Hernie mit Torquierung des Darms durchgeführt werden müssen. Anschliessend an die Revisionslaparotomie, welche im Januar 2012 habe durchgeführt werden müssen, sei es zu einer per sekundam Heilung der Laparotomienarbe gekommen, welche mittels VAC-Verband bis am 27. Februar 2012 versorgt worden sei. Als Folge davon sei eine grosse Bauchwandhernie entstanden, welche die Patientin in ihrer körperlichen Aktivität und auch in ihrem Befinden stark eingeschränkt habe. Deshalb habe sich ihr somatischer Zustand im Jahr 2012 nie vollständig stabilisiert. Am 1. März 2013 habe eine Bauchwandhernienoperation durchgeführt werden können, gleichzeitig habe der Petersen Space erneut verschlossen werden müssen. Als zusätzlicher Faktor leide die Versicherte unter einem Spätdumpingsyndrom, welches medikamentös behandelt werde, aber intermittierend zu Schwindel und Kraftlosigkeit führe. Aus somatischer Sicht habe sich die Arbeitsfähigkeit der Patientin in den letzten zwei Jahren trotz intensiver medizinischer Betreuung deutlich verschlechtert. Eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sei im jetzigen Moment nicht möglich.

5.1.5 In ihrer Beurteilung vom 28. November 2013 zu Händen des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, insgesamt bestehe nun ein ernährungsmedizinisch gesehen stabiler Zustand, wobei die Leistungsfähigkeit weiterhin stark eingeschränkt bleibe. Die psychische Situation der Patientin habe sich erfreulicherweise durch die Umstellung der Antidepressiva stabilisiert. Mikronährstoffmängel würden keine bestehen, weshalb die Supplementation unverändert weiterzuführen sei. Bei ausgeprägter muskulärer Dysbalance und chronischer Schmerzsituation sei eine Weiterführung der Physiotherapie zum Muskelaufbau dringend notwendig.

5.1.6 Mit Zwischenbericht vom 12. Dezember 2013 führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, seit Anfang 2012, d.h. im Anschluss an die Revisionslaparatomie mit Dünndarmrevision und Netzrefixation persistiere eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, eine ausgeprägte Dysbalance und chronische Schmerzen bei multiplen degenerativen Veränderungen. Die Patientin benötige zusätzlich eine ambulante Psychotherapie mit medikamentöser Behandlung bei chronischer Depression. Ein

Spätdumping-Syndrom werde medikamentös behandelt, führe aber intermittierend zu Schwindel und Kraftlosigkeit. Aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit sei die Patientin bereits mit der Hausarbeit überfordert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %.

5.1.7 Dr. C.\_\_\_\_ führte mit Arztbericht vom 26. Januar 2014 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem folgende Diagnosen an:

- Organische depressive Störung (F 06.32) seit Anfang 2009
- Vd. a. soziale Phobie (F 40.1)
- St. n. morbiditer Adipositas

Er führte im Wesentlichen aus, es handle sich um eine bewusstseinsklare und voll orientierte Patientin, seines Erachtens ohne Aggravationstendenzen; im affektiven Kontakt durchaus schwingungsfähig, generell deutlich reduzierter Élan vital und gesteigerte Unsicherheit im sozialen Kontakt; durchaus selbstkritisch und öfters sehr unzufrieden mit sich selbst. Stimmung freudlos-unzufrieden. Seit 2009 und dann ab 2010 deutlich progredient vermehrt dünnhäutig, innerlich und äusserlich unruhig, dysphorisch. Sie könne nur mühsam weiteren Gewichtsverlust verhindern. Die Prognose sei eher zurückhaltend, er gehe von einer in jedenfalls reduziertem Mass fortbestehenden, depressiv, teils leicht agitierten Stimmungslage mit reduzierter körperlicher Belastungsfähigkeit aus mit anhaltend eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Die Explorandin sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin Hausreinigung von Anfang 2010 bis heute zu 90 % arbeitsunfähig.

5.1.8 In ihrem Schreiben vom 3. Juni 2014 führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, dass die Patientin wegen depressiver Verstimmung sehr viel zu Hause bleibe und unter Müdigkeit, rascher Erschöpfung und Kraftlosigkeit leide. Insgesamt habe sich der Allgemeinzustand sowie die Kraftlosigkeit auf jeden Fall nun doch etwas verbessert. Zur Arbeitsfähigkeit nahm Dr. E.\_\_\_\_ keine Stellung.

5.1.9 Dr. med. B.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 3. September 2014 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F 33.0).

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2009 könne diagnostisch eine Dystymie entnommen werden. Gemäss ICD-10 handle es sich bei einer Dysthymie um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder hinreichend schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Gemäss ICD-10 seien keine oder nur sehr wenige der einzelnen depressiven Episoden während eines solchen Zwei-Jahres-Zeitraumes so schwer oder würden so lange andauern, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende leichte depressive Störung (F 33.0) erfüllen würden. Weiter würde der Verdacht auf eine soziale Phobie (ICD-10 F 40.1) gestellt. Es könne also davon ausgegangen werden, dass allerhöchstens ein leichtgradiges depressives Syndrom zu diesem Zeitpunkt vorhanden gewesen sei. In seinem Bericht vom 27. März 2013 habe Dr. C.\_\_\_\_ geäussert, dass sich seit 2010 sowohl der physische als auch der psychische Gesundheitszu-

stand der Explorandin verschlechtert habe. Die körperlichen Beschwerden hätten einen negativen Einfluss auf die Stimmung und den Antrieb und es sei teils über mehrere Wochen zu depressiven Einbrüchen mit Adynamie, schneller Erschöpfbarkeit, Gereiztheit und deutlich vermindertem Élan vital gekommen. Die Arbeitsfähigkeit habe sich in den vergangenen zwei Jahren klar reduziert. Eine genauere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht angegeben worden. Dem Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 28. November 2013 sei dann zu entnehmen, dass es nach Umstellung der Antidepressiva der Explorandin deutlich besser gegangen sei, dass sie wieder vermehrt am sozialen Leben ihrer Familie teilnehmen könne, dass sie auch in der Türkei in den Ferien gewesen sei. Die psychische Situation habe sich erfreulicherweise stabilisiert. Dem Bericht vom 12. Dezember 2013 von Dr. E.\_\_\_\_ könne entnommen werden, dass bei chronisch rezidivierenden depressiven Episoden weiterhin psychische Einschränkungen bestehen würden. Eine Quantifizierung dieser Einschränkung sei nicht vorgenommen worden. Dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2014 sei dann diagnostisch eine organische depressive Störung (ICD-10 F 06.32) zu entnehmen. Weiterhin sei auch wieder der Verdacht auf eine soziale Phobie (ICD-10 F 40.1) gestellt worden. Gemäss ICD-10 müsse ein objektiver Nachweis (aufgrund körperlicher, neurologischer und laborchemischer Untersuchungen) und/oder Anamnese einer zerebralen Krankheit, Schädigungen oder Funktionsstörung oder einer systemischen Krankheit, von der bekannt sei, dass sie eine zerebrale Funktionsstörung verursachen könne, einschliesslich Hormonstörungen (ausser durch Alkohol- oder psychotrope Substanzen bedingte Krankheiten) und Effekte, die durch nicht psychoaktive Substanzen bedingt seien, vorhanden sein. Ein solcher objektiver Nachweis oder eine solche Anamnese sei in den Akten nicht ersichtlich. Bei bereits früher bestehenden depressiven Episoden mit Remissionen sei diagnostisch angesichts des aktuellen leichtgradigen depressiven Zustandsbilds von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F 33.0) auszugehen. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe bei dem leichtgradigen depressiven Syndrom eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 20 %. Zu beachten sei jedoch eine Behinderungsüberzeugung sowie eine daraus folgende unzureichende Anstrengungsbereitschaft während der Untersuchungssituation wie auch das Ergebnis des Nonverbal-Medical-Symptom-Validity-Tests zeige. Bei diesem habe die Explorandin ein dementes Zustandsbild gezeigt, was nicht ihren Alltagsfähigkeiten entspreche. Die Explorandin sollte aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht in der Lage sein, zu 80 % einer den somatischen Beschwerden angepassten Tätigkeit nachzugehen. Die Explorandin habe geäussert, dass das aktuelle Zustandsbild nun schon seit mindestens vier bis fünf Jahren vorhanden sei. Es könne daher davon ausgegangen werden, dass die oben genannte Einschränkung unverändert seit dem Zeitpunkt der letzten Begutachtung (15. Dezember 2008) vorhanden gewesen sei.

5.1.10 Im Gutachten der Y.\_\_\_\_ (Y.\_\_\_\_; internistisch/psychiatrisch [Untergutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 3. September 2014]) vom 15. Dezember 2014 werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F 33.0)
2. St.n. morbider Adipositas initial WHO Grad III
3. Degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates
  - Intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

- Gonarthrose bds.

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Metabole Osteopathie
  - Dexa 3/2010: Osteopenie des Schenkelhalses
2. Urge-Inkontinenz
3. St. n. Paroxysmaler supraventrikuläre Tachykardie, St.n. Katheterablation 01/2011

Die Schlussfolgerungen dieses Gutachtens seien konsensual besprochen worden zwischen dem Fallführer und den beteiligten Fachgutachtern. Aus somatischer Sicht müsse die gesundheitliche Situation aktuell als stabil gewertet werden. Einschränkungen würden sich vor allem in qualitativer Hinsicht ergeben. So müsse zum einen gewährleistet sein, dass die Explorandin regelmässig und ohne Druck ihre Mahlzeiten und Medikamente einnehmen könne. Zum anderen sei aufgrund der degenerativen Beschwerden dauerhaft mittelschwere und schwere körperliche Arbeit nicht zumutbar. Auch sollten Arbeiten in dauernd gebückter oder kauernder Position vermieden werden. Gelegentliches Heben von Lasten bis 5 kg sei möglich. Die Konzentrationschwäche und rasche Ermüdbarkeit, die in den Untersuchungen im Rahmen des Gutachtens wenig apparent gewesen seien, würden gesamthaft zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 20 % führen. Eine Tätigkeit als ungelernte Reinigungskraft sollte – sofern schwere und dauerhaft mittelschwere Arbeiten vermieden würden – zu 80 % (idealerweise verteilt auf 5 Arbeitstage) möglich sein. Innerhalb dieses 80%-Pensums müssten am Vormittag und am Nachmittag eine zusätzliche jeweils 15-minütige Pause zur Einnahme der Zwischenmahlzeiten gewährt werden. In Verweistätigkeiten unterscheide sich die Arbeitsfähigkeit nicht von derjenigen im angestammten Beruf. Aus somatischer Sicht sei die gesundheitliche Situation sicher seit dem Zeitpunkt nach der letzten Bauchwandhernien-Operation am 1. März 2013 auf heutigem Niveau. Für den operationsreichen Zeitraum zwischen Juni 2009 und der letzten Operation könne retrospektiv keine konklusive Einschätzung erfolgen. Sicherlich sei davon auszugehen, dass zumindest bis zum sekundären Wundverschluss Ende Februar 2012 (nach der schweren Operation um den Jahreswechsel 2011/2012) keine stabile Situation vorgelegen habe. Ob bereits im März 2012 oder erst im Anschluss an den Verschluss der Bauchwandhernie im März 2013 die Stabilisierung auf heutigem Niveau erfolgt sei, lasse sich retrospektiv kaum beurteilen.

In Bezug auf die divergierenden psychiatrischen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen wurde auf die Ausführungen im psychiatrischen Untergutachten von Dr. B.\_\_\_\_ verwiesen. Aus somatischer Sicht sei seitens des bariatrischen Referenzzentrums (X.\_\_\_\_) im Dezember 2013 die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % geschätzt worden, dies wegen einer nicht näher erläuterten „stark eingeschränkten Leistungsfähigkeit bei chronisch rezidivierenden Episoden“. Eine Objektivierung dieser Einschränkung sei nicht erfolgt. Im letzten Bericht von Juni 2014 sei festgehalten worden, dass die Patientin wegen depressiver Verstimmung sehr viel zu Hause bleibe und unter Müdigkeit, rascher Erschöpfung und Kraftlosigkeit leide. Insgesamt hätten sich der Allgemeinzustand sowie die Kraftlosigkeit nun doch etwas verbessert. Zur Arbeitsfähigkeit sei in diesem Bericht nicht Stellung genommen worden. Zusammenfassend wurde im Gutachten festgehalten, es sei insgesamt davon auszugehen, dass die Symptomatik sicher seit der letzten Operati-

on im März 2013 in einer ähnlichen Form vorliege. Die Versicherte schildere selbst, die Erschöpfung sei seit Jahren ähnlich, eher leicht zunehmend.

5.1.11 Der RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, empfahl in seiner Beurteilung vom 7. Januar 2015 auf die Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom September 2014 und der Y.\_\_\_\_ vom Dezember 2014 abzustellen. Für die Zeit der wiederholten Operationen zwischen Juni 2009 und März 2013 mit konsekutiven Abheilungsphasen müsse angenommen werden, dass eine Arbeitsaufnahme in jener Zeit nicht gegeben gewesen sei. Die Versicherte sei ab Juni 2008 in angestammter Tätigkeit als ungelernte Reinigungskraft zu 80 % arbeitsfähig, sofern schwere und dauerhaft mittelschwere Arbeiten vermieden würden, nicht in dauernd gebückter oder kauender Position gearbeitet würde. Möglich sei gelegentliches Heben von Lasten bis 5 kg. Von Juni 2009 bis März 2013 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden.

5.1.12 Mit Bericht vom 14. April 2015 nahm Dr. F.\_\_\_\_ zu den Einwänden der Beschwerdeführerin zum Vorbescheid der IV Stellung. Er führte aus, dass nach der Magenbypassoperation im Mai 2007 die Versicherte kontinuierlich an Gewicht abgenommen und mit der Gewichtsabnahme hätten konsekutiv die somatischen und die reaktiven psychischen Beschwerden abgenommen. Nebst hausärztlicher Behandlung, spezialärztlicher Adipositasbehandlung und zusätzlich fachärztlicher Psychotherapie wegen der Depression sei eine „grundlegende medizinische Intervention“ (Zitat des Rechtsvertreters) durchgeführt worden und nach Überwindung und Sanierung der Komplikationen habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten anhaltend verbessert. Des Weiteren nimmt Dr. F.\_\_\_\_ zum Bericht des X.\_\_\_\_s vom 23. April 2014 Stellung, welcher festhält, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Patientin in den letzten zwei Jahren trotz intensiver medizinischer Betreuung deutlich verschlechtert habe. Er führt dazu aus, dass dieser Bericht nicht erfassen könne, dass nach März 2013 keine massgeblichen Komplikationen aufgetreten seien, eine Gewichtsnormalisierung eingetreten sei und damit die sekundären Adipositasbeschwerden abgenommen hätten und durch die Psychotherapie die depressive Episode weitgehend bis auf eine leichte depressive Restsymptomatik remittiert sei.

5.1.13 Dr. F.\_\_\_\_ nahm mit Bericht vom 22. September 2015 nochmals Stellung zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin. Für die von Dr. C.\_\_\_\_ im Februar 2014 gestellte Diagnose einer hirnanorganischen Erkrankung sei eine ursächliche substanzielle Schädigung der Hirnsubstanz erforderlich. Dr. C.\_\_\_\_ begründe seine Diagnose nicht. Des Weiteren mache der behandelnde Arzt geltend, dass die hirnanorganische Störung seit Anfang 2009 bestehen würde, was in Widerspruch stehe zu seinem Arztbericht im Oktober 2009, in welchem er die Diagnose einer Dysthymie und den Verdacht einer sozialen Phobie geäussert habe, beides keine hirnanorganischen Störungen. Auch der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ habe in seinem halben Dutzend Arztberichte seit 2002 kein Wort über irgendeine hirnanorganische Schädigung erwähnt. Auch aus den Berichten der somatischen Ärzte des X.\_\_\_\_s und der Gutachter der Y.\_\_\_\_ würden sich keine solchen Hinweise ergeben. Der Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ sei ausführlich auf die Diagnose von Dr. C.\_\_\_\_ eingegangen und habe nachvollziehbar begründet, weshalb keine hirnanorganische Störung vorliege. Weiter führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stütze sich in somatischer Hinsicht auf das Gutachten der Y.\_\_\_\_ vom Dezember 2014, in welchem nachvollziehbar begründet worden sei, dass im Anschluss an die erfolgreiche Bauch-

wandhernien-Operation im März 2013 ein somatisch stabiler Zustand und somit keine somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in Verweistätigkeiten mehr vorliege. Bezüglich des Berichts der Internistin Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. April 2013 sei festzuhalten, dass diese sich nicht zur psychiatrisch bedingten Arbeitsfähigkeit geäußert habe, sondern ausschliesslich zur somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit und diesbezüglich sei im Gutachten der Y.\_\_\_\_ vom Dezember 2014 bereits ausführlich Stellung genommen worden. Die psychiatrisch bedingte Arbeitsfähigkeit sei vom fachärztlichen psychiatrischen Gutachter ausführlich begründet worden und dies werde durch den Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. April 2013 in keiner Weise in Zweifel gezogen oder widerlegt.

5.2 Die IV-Stelle hat sich vorliegend zu Recht auf das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 3. September 2014 und das Gutachten der Y.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2014 sowie die Beurteilungen durch den RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ gestützt.

Die beiden Gutachten sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, sind in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. Zudem haben die beiden Gutachter auch die divergierenden Stellungnahmen der behandelnden Ärzte Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ entkräftet. Der Auffassung der Gutachter hat sich denn auch der RAD-Arzt angeschlossen. Dieser weist auch darauf hin, dass es in Bezug auf die psychiatrische Diagnose einer organischen depressiven Störung an einer ursächlichen substanzialen Schädigung der Hirnsubstanz fehle, wie dies Dr. B.\_\_\_\_ ausführlich und nachvollziehbar erläutert habe. Zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit führt der RAD-Arzt aus, es ergebe sich aus dem Y.\_\_\_\_-Gutachten, dass im Anschluss an die erfolgreiche Bauchwandhernien-Operation im März 2013 ein somatisch stabiler Zustand und somit keine somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in Verweistätigkeiten mehr vorgelegen habe.

5.3 Gestützt auf die vorliegenden ärztlichen Unterlagen ist die IV zu Recht davon ausgegangen, dass bei der Beschwerdeführerin zwischen Juni 2008 und Mai 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, im operationsreichen Zeitraum zwischen Juni 2009 und März 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab April 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vorlag. Demnach bestand für den Zeitraum von Juni 2009 bis März 2013 ein IV-Grad von 100 %.

Bezüglich der Frage des Rentenbeginns ist mit der IV-Stelle auf Art. 29 Abs. 1 IVG hinzuweisen, wonach der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Vorliegend ist die Anmeldung der Versicherten am 31. Oktober 2012 bei der IV-Stelle eingegangen. Somit hätte der Versicherten eine Rente frühestens ab April 2013 ausgerichtet werden können. Ab diesem Zeitpunkt betrug der IV-Grad der Versicherten aber weniger als 40 %, weshalb die IV-Stelle den Antrag der Beschwerdeführerin auf Ausrichtung einer Rente zu Recht abgelehnt hat.

6. Abschliessend bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 200-1000 Franken 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 die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 18. August 2015 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

6.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 18. August 2015 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 21. Oktober 2015 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 9 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 38.80.--. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'985.90 (9 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 38.80 + 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

6.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.  
  
Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.  
  
Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'985.90 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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