



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 3. November 2016 (720 16 210)

Invalidenrente

Es ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten des Spitals D.____ vom 28. November 2014 stützte. Die Beschwerde wird abgewiesen.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Robin Eschbach

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. A.____ erlitt seit dem Jahr 2002 mehrere Unfälle. Sie zog sich bei einem Sturz am 7. Juni 2002 ein HWS-Abknicktrauma zu, am 11. Oktober 2006 erlitt sie eine Distorsionsverletzung des rechten Kniegelenks und am 27. Oktober 2011 eine Mittelgesichtskontusion mit Zahnverletzung. Im Januar 2008 meldete sie sich erstmals bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an, wobei der Versicherten unter anderem Arbeitsvermittlung/ Eingliederungsmassnahmen angeboten wurden, welche mit Mitteilung vom 19. Dezember 2012 abgeschlossen wurden. Am 20. Januar 2012 zog sie sich bei einem Verkehrsunfall (Frontalkol-

lision) eine Rippenfraktur 2-5 rechts, eine Beckenringfraktur, eine Acetabulumimpressionsfraktur ventraler Pfeiler beidseitig, eine obere Schambeinastfraktur rechts, eine untere Schambeinastfraktur beidseitig, eine Sakrumimpressionsfraktur links und ein leichtes Schädelhirntrauma zu. In der Folge erbrachte die B.____ als Unfallversicherung die gesetzlichen Leistungen. Am 3. September 2012 meldete sich die Versicherte erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle führte in der Folge verschiedene medizinische und erwerbliche Abklärungen durch. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verfügte die IV-Stelle am 27. Mai 2016 die Abweisung des Leistungsbegehrens wegen Nichterfüllung des Wartejahres.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, mit Eingabe vom 29. Juni 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei die Verfügung vom 27. Mai 2016 aufzuheben und es sei ihr mit Wirkung ab 1. Januar 2013 eine Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Verfügung vom 27. Mai 2016 aufzuheben und die Sache zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Des Weiteren sei ihr die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch Rechtsanwalt Schmid sowie die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren; unter o/e-Kostenfolge.

C. Mit Verfügung vom 27. Juli 2016 bewilligte das Kantonsgericht der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verteidigung mit Rechtsanwalt Schmid als Rechtsvertreter.

D. Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 13. September 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim sachlich und örtlich zuständigen Gericht frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 29. Juni 2016 ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

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 Unfä-

higkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.3 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 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).

3.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die Versicherten haben 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 sind.

3.5 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).

3.6 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung (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).

3.7 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; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Des Weiteren darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten 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).

4. Ausgangspunkt des invalidenversicherungsrechtlichen Anspruchs bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Aufgrund der umfangreichen Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin werden nachfolgend nur ausgewählte medizinische Unterlagen zusammengefasst. Zur Beurteilung ihres Gesundheitszustands sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten zu berücksichtigen:

4.1 Dr. med. C.____, FMH Neurologie, hielt in ihrem Bericht vom 13. Juli 2006 fest, sie habe die Beschwerdeführerin wegen einem Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom (CTS) untersucht. Die Versicherte leide seit dem Sturz am 7. Juni 2002 unter Schmerzen im Bereich der rechten Schulter ausstrahlend in den gesamten rechten Arm sowie einem Taubheitsgefühl des gesamten rechten Armes. Insbesondere nachts käme es verstärkt zu Ameisenlaufen und Taubheitsgefühl im Bereich der Hand palmar und dorsalseitig. In ihrer Beurteilung kam Dr. C.____ zum Schluss, es liege ein leichtes Carpaltunnelsyndrom rechts vor. Die Beschwerden der Versicherten seien jedoch hierdurch nicht vollständig erklärt.

4.2 Im Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 15. Februar 2012 wurden folgende Diagnosen gestellt: Ein Polytrauma bei Status nach Frontalkollision als Beifahrerin; ein Thoraxtrauma mit Rippenserienfraktur 2-5 rechts, ein Beckentrauma mit Beckenringfraktur, eine Acetabulumimpansionsfraktur ventraler Pfeiler beidseitig, eine obere Schambeinastfraktur rechts, eine untere Schambeinastfraktur beidseitig, eine Sakrumimpansionsfraktur links, ein Schädelhirntrauma (SHT) Grad I, eine Nierenkontusion rechts, ein Verdacht auf ein sensomotorisches Aus-

fallsyndrom mit Hypästhesie Dig. I-III Hand rechts und ein Verdacht auf CTS rechts. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für acht Wochen.

4.3 Mit Bericht des Spitals D.____ vom 12. November 2012 wurden im Wesentlichen dieselben Diagnosen gestellt wie im Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 15. Februar 2012. Des Weiteren wurde ein Verdacht auf eine Pseudoarthrose ISG links diagnostiziert. Am ehesten liege eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Der Patientin sei angeraten worden, eine Psychotherapie durchzuführen. Hausärztlicherseits sei eine Therapie mit Fentanyl-Pflaster begonnen worden sowie eine stufenweise Steigerung der Lyrica-Dosierung. Die Patientin nehme die Psychotherapie nicht wahr und sie zweifle an der Korrektheit der Fentanyl-Pflaster-Versorgung. Das Lyrica werde von der Patientin ebenfalls nur bedarfsweise eingenommen. Insgesamt liege eine komplexe Situation vor mit dieser Schmerzverarbeitungsstörung ohne aktuelles morphologisches Korrelat. Die Compliance der Patientin spiele hier sicherlich eine übergeordnete Rolle. Die Patientin sei im Beisein der Tochter nochmals in einem längeren Gespräch darauf hingewiesen worden, dass die drei Säulen der medikamentösen psychotherapeutischen, physio- und schmerztherapeutischen Ansätze im Vordergrund stehen würden. Chirurgisch bestehe aktuell kein Handlungsbedarf. Sicherlich werde es für die Prognose von Bedeutung sein, die Patientin hierbei gut zu führen und die Compliance zu fördern.

4.4 Im Bericht der Klinik E.____ vom 8. Juli 2014 diagnostizierten Dr. med. F.____, FMH Neurologie, Dr. med. G.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, im Wesentlichen die gleichen gesundheitlichen Beschwerden wie im Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 15. Februar 2012. Des Weiteren wurden folgende Diagnosen gestellt: Ein posttraumatisches chronisches gemischtes Schmerzsyndrom mit radikulärem Reiz- und sensiblem Ausfallsyndrom S1 und S2 links, MRT LWS/ISG 5. April 2012: Unauffällige Darstellung der LWS ohne Nachweis posttraumatischer Veränderungen. Ein Status nach bekannter Sakrumimplicationsfraktur mit Beteiligung der Massa laterales SWK1 – SWK3 links. Bei minimaler Fragmentdislokation zeige sich eine leichtgradige Einengung der Neuroforamen S1 und S2 links jeweils mit Tangierung der Nervenwurzel ohne Nachweis einer Neukompression. Als weitere Diagnose wurde die eines zervikospondylogenen Schmerzsyndroms gestellt mit Differenzialdiagnose: Myofaszial, CTS; MRI HWS vom 28. August 2012: Geringfügige Diskusprotrusion C5/C6 und C6/C7. Geringe Einengung des Foramen intervertebrale C5/C6 links; Elektrophysiologie 17. April 2013: Kein Anhalt für eine Radiculopathie; im MRI und SSEP/MEP 2014 kein Hinweis auf Myelonschädigung. Schliesslich wurde als weitere Hauptdiagnose eine Adipositas genannt. Als Nebendiagnosen wurden eine Coxarthrose beidseitig, eine Gonarthrose rechts, ein Status nach Carpaltunnelsyndrom beidseitig und ein Carpaltunnelsyndrom operiert rechts 4/2014 gestellt. Es bestehe der Verdacht auf eine inkomplette linksbetonte Paraplegie sub Th10 ASIA D unklarer Ätiologie nach Polytrauma bei Autounfall im Jahr 2012.

4.5 In der Folge gab die IV-Stelle ein bidisziplinäres Gutachten beim Spital D.____ in Auftrag. Mit Gutachten vom 28. November 2014 wurde eine leichte ISG-Arthrose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Des Weiteren stellten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-

10 F 45.5) mit/ bei lumbospondylogem Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung nach Verkehrsunfall am 20. Januar 2012, zervikospondylogem Schmerzsyndrom mit Hypästhesie Dig. I-III Hand rechts nach Verkehrsunfall am 20. Januar 2012, zervikalem Schmerzsyndrom nach Trauma am 27. Oktober 2011 und anhaltendem Schmerzsyndrom nach Trauma am 7. Juni 2002. Ausserdem wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0), eine Adipositas (BMI 32kg/ m²), eine beginnende degenerative Veränderung des rechten Kniegelenks (ED 19. Oktober 2006), eine Periarthropathia humeroscapularis rechts mit/ bei Tendinose der Supraspinatussehne und langen Bizepssehne (ED 15. Januar 2007) und schliesslich eine beidseitige Coxarthrose diagnostiziert. Aus traumatologischer Sicht könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10-20 % postuliert werden, welche sich aufgrund der leichten ISG-Arthrose begründe, die aus traumatologischer Sicht mit einem Integritätsschaden von 10 % beziffert werde. In der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin und/ oder Hausabwartin sei die Explorandin somit zu 80-90 % arbeitsfähig, solange die Möglichkeit von Wechselbelastungen gegeben sei und keine permanenten schweren Arbeiten zu verrichten seien. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die depressive Symptomatik sei zu leicht ausgeprägt, um die Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen und die somatoforme Schmerzstörung sei noch nicht adäquat therapeutisch behandelt worden. Gemäss psychiatrischem Untergutachten sei unter Berücksichtigung der Foerster-Kriterien bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Weitere internistisch oder psychiatrisch arbeitsrelevante Diagnosen würden nicht vorliegen. Es bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit von 80-90 % in der angestammten Tätigkeit. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10-20 % begründe sich mit dem potentiell erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf nach Belastungen. Ideal wäre wahrscheinlich ein Vollzeitpensum mit der Möglichkeit 10-20 % der Arbeitszeit für Pausen und Erholung nutzen zu können. Die Verweistätigkeit sollte in einer wechselnd belastenden Tätigkeit bestehen und zudem die Möglichkeit von Erholungszeiten bieten. Für permanent schwere Arbeiten sei die Patientin ungeeignet. Dies begründe sich aus der Tatsache der vorbestehenden ISG-Arthrose, um eine weitere Schädigung zu vermeiden. Arbeiten mit streng einseitiger Belastung sollten vermieden werden. Die Beurteilungen und Stellungnahmen bezüglich der Beschwerden und Befunde und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im traumatologischen Gutachten, datiert vom 19. Juni 2014, seien unter der Annahme einer möglichen inkompletten linksbetonten Paraplegie getroffen worden. Die Verdachtsdiagnose einer inkompletten linksbetonten Paraplegie sei in den spezialärztlichen Untersuchungen der Klinik E.____ nicht bestätigt worden. Somit bleibe somatisch aus traumatologischer Sicht der Befund einer ISG-Arthrose bestehen.

4.6 Mit Bericht von Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Dezember 2015 stellte dieser folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seit 2012, eine sonstige anhaltende affektive Störung seit 2014 sowie eine posttraumatische Belastungsstörung seit 2012. Des Weiteren diagnostizierte er einen Status nach Anpassungsstörung und längerer depressiver Reaktion ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Patientin benutze beim Gehen einen Rollator. Ihr Gang sei verlangsamt und beim Hinsetzen mache sich im Gesicht ihr Kampf mit den Schmerzen bemerkbar. Sie würde über gelegentliche Merkfähigkeitsstö-

rungen berichten, welche nach einer Prüfung als mittelgradig hätten eingestuft werden können. Darüber hinaus würde sie über Gedächtnisstörungen berichten, welche nicht objektiviert worden seien. Im formalen Denken sei sie geordnet gewesen. Angegeben worden sei häufiges Grübeln um die Themen Zukunft und eigene Wertlosigkeit. Es seien dissoziative Zustände beschrieben worden (Schleiersehen, Derealisationserlebnisse), welche im Rahmen der Angstzustände in den Situationen, die ihre Unsicherheit verstärken (Strasse, Verkehr), auftreten würden. Bestimmte Situationen wie das Fahren im Auto würden die Erinnerungen an den Unfall und somit Angst auslösen. Angeblich träume sie gelegentlich noch immer vom Unfall. Affektiv sei sie leicht bedrückt und klagsam bei normaler affektiver Modulation. Massive Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle und andere Aspekte der Selbstwertproblematik, sowie eine Störung der Vitalgefühle seien eruiert worden. Eine mässig ausgeprägte Antriebsstörung habe ebenfalls beschrieben werden können. Darüber hinaus bestünden Ein- und Durchschlafstörungen sowie Kopf- und Rückenschmerzen bzw. Schmerzen im Steissbein mit Ausstrahlung in die Beine. Eine Suizidalität liege nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte ab sofort zu 50 % arbeitsunfähig.

4.7 Im Bericht von Dr. med. J.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD) vom 28. Dezember 2015 nahm dieser eine Prüfung der Arbeitsfähigkeit anhand der Standardindikatoren gemäss der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urteil vom 3. Juni, 2015, 9C_492/2014) vor, auf welche noch eingegangen wird (vgl. E. 7.1 hiernach). Er führte aus, in Ermangelung von elektrophysiologischen Befunden hätten die Neurologen zunächst die Verdachtsdiagnose neuropathischer Schmerzen gestellt. Um diesen Verdacht zu erhärten oder auszuschliessen, hätten sie weitere Untersuchungen angekündigt. Diese elektrophysiologischen Befunde seien nun nachgereicht worden und hätten keine Rückenmarksschädigung oder radikuläre Kompressionen erbracht. Auch in den ergänzenden bildgebenden Befunden seien keine nachweisbaren radikulären Kompressionen gefunden worden. Damit habe sich die Verdachtsdiagnose der neuropathischen Schmerzen nicht bestätigt. Der Gutachter PD Dr. med. K.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie, begründe die von ihm beurteilte 10-20 %-ige Einschränkung mit der zusätzlich festgestellten leichten ISG-Arthrose, welche Schmerzen verursachen könne und zu vermehrten Pausen und Erholungsbedarf bei der Tätigkeit als Raumpflegerin führe. Dies sei nachvollziehbar. Die klinisch imponierende inkomplette linksbetonte Paraplegie sei somit nicht vollständig somatisch zu erklären, sondern sei hauptsächlich durch die somatoforme Schmerzstörung erklärbar. Diese sei massgeblich für die geklagten Beschwerden und die subjektiv dramatisch erlebte Einschränkung im Alltag verantwortlich. Ob hierdurch eine über den vermehrten Pausenbedarf hinausgehende zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, sei daher psychiatrisch zu beurteilen gewesen. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe auch unter Kenntnis des Arztberichtes von Dr. I.____ klar dargelegt, dass eine posttraumatische Belastungsstörung nicht bestehe, weil die diagnostischen Kriterien nicht vollständig erfüllt seien. Der Gutachter folge hier dem behandelnden Psychiater nicht. Dr. L.____ begründe seine von Dr. I.____ abweichende Beurteilung ausführlich und nachvollziehbar, weshalb ihm zu folgen sei. Es lägen keine höhergradigen psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor.

4.8 Mit Schreiben vom 10. Mai 2016 beantwortete Dr. L.____ die Fragen des RAD vom 5. Januar 2016 zum Gutachten vom 28. November 2014. Diagnostisch different zum Bericht von Dr. I.____ seien die Angabe der posttraumatischen Belastungsstörung sowie die sonstige anhaltende affektive Störung. Auch im Gutachten sei eine affektive Störung diagnostiziert worden, jedoch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F 33.0). Die Begründung der Diagnose sei ausführlich im Gutachten zu finden. Dr. I.____ habe ebenso wie im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Februar 2014 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Alle drei Diagnosen (posttraumatische Belastungsstörung, sonstige anhaltende affektive Störung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung) seien im Bericht von Dr. I.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt worden. Nach ICD-10 handle es sich bei der anhaltenden affektiven Störung um anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug seien, um als hypomanische oder auch als nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Gelegentlich könnten rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern. Nach ICD-10 sei die Mehrzahl der einzelnen Episoden also nicht schwer genug, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden zu gelten. Sie sollten daher keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Gemäss Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit der Swiss Insurance Medicine, Ausgabe April 2013, bestünde bei leicht Depressiven in der Regel eine Arbeitsfähigkeit, sofern am Arbeitsplatz nicht besondere kreative Fähigkeiten oder Flexibilität und erhöhte Anforderungen an die kognitiven Funktionen gestellt würden. Daher sei die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, die im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Februar 2014 gestellt worden sei, in Bezug auf die Tätigkeit als Reinigungskraft und Hauswartin nicht unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Die sonstigen anhaltenden affektiven Störungen seien nach ICD-10 nicht schwer genug, um als leichte rezidivierende depressive Episode gelten zu können. Daher sollte diese Diagnose bis auf Ausnahmen, in denen eine schwere depressive Symptomatik erreicht werde, was nach ICD-10 gelegentlich erfolgen könne, keine Arbeitsunfähigkeit verursachen.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung zum psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Februar 2014 habe keine posttraumatische Belastungsstörung gesehen werden können. Es hätten nämlich keine anhaltenden Erinnerungen oder ein Wiedererleben der Belastungssituation eruiert werden können. Die Ängste seien auf die Schmerzen und, wie auch im Bericht von Dr. I.____ beschrieben, auf die daraus folgende Angst vor der Zukunft bezogen. Eine innere Unruhe oder Gereiztheit sei verneint worden. Die Konzentration sei während der Untersuchung nicht eingeschränkt erschienen. Die Schlafstörungen seien auf die Schmerzen bezogen worden. Die Hypervigilanz sei nicht ersichtlich gewesen. Auch der Konsiliarpsychiater des Spitals M.____, der während der Hospitalisation vom 4. April 2013 bis 24. April 2013, also 14 Monate nach dem Unfallereignis herbeigezogen worden sei, habe keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert und habe eine depressive Symptomatik nicht sicher ausschliessen können. Nach ICD-10 werde gefordert, dass die Symptomatik innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auftrete. Daher sei im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens vom 7. Februar 2014 nach ICD-10 die Diagnose der posttraumatischen Belas-

tungsstörung nicht gestellt worden. Die von Dr. I.____ beschriebene Symptomatik der Traumafolgen sei sehr gering ausgeprägt. Auch Dr. I.____ schreibe, dass die belastenden, angstausslösenden Erinnerungen an den Unfall nicht mehr vordergründig seien. Es könne davon ausgegangen werden, dass das Fahren im Auto, also die belastenden Situationen, bei der Tätigkeit als Reinigungsfachkraft und Hauswartin nicht relevant seien, dass also die im Bericht von Dr. I.____ beschriebene Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung bei der beschriebenen geringen Symptomausprägung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als Reinigungskraft und Hauswartin habe.

4.9 In der Stellungnahme des RAD vom 8. August 2016 führte Dr. J.____ aus, im Gutachten vom 28. November 2014 des Spitals D.____ werde ein beidseitiges mittelschweres Carpal-tunnelsyndrom in der medizinischen Anamnese gelistet. Anamnestisch hätte die Versicherte eine verminderte Sensibilität der rechten Hand dorsal angegeben, welche nicht dermatombezogen sei. In der klinischen Untersuchung habe sich die Sensibilität, Kraft und Motorik der oberen Extremität jedoch unauffällig und seitengleich dargestellt. Es würden keine spezifischen anamnestischen Hinweise vorliegen, die auf eine eingeschränkte Funktionalität aufgrund eines CTS hinweisen würden. Unter „aktuelle Beschwerden“ habe die Versicherte keine Beschwerden mehr von Seiten der Hände erwähnt. Diese Anamnese in Verbindung mit dem klinischen Befund schliesse zum Begutachtungszeitpunkt ein höhergradiges Carpaltunnelsyndrom mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus.

5. Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2016 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zur Hauptsache auf das Gutachten des Spitals D.____ vom 28. November 2014. Sie ging demnach davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsfachfrau aus traumatologischer Sicht zu 15 % eingeschränkt sei und ihr ab April 2012 wieder ein Pensum von 85 % zuzumuten sei. Aus psychischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sei somit vor Ablauf der Wartezeit im Januar 2013 wieder zumutbar, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen wurde. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist – wie nachfolgend aufgezeigt wird – nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.7 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das bidisziplinäre Gutachten des Spitals D.____ vom 28. November 2014, insbesondere das im vorliegenden Fall umstrittene psychiatrische Teilgutachten von Dr. L.____ vom 7. Februar 2014, weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 3.6 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander. Zudem wird einlässlich auf die Beschwerden eingegangen und es

wird insgesamt ein hinreichendes Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vermittelt. Auch die fachärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit sind ausreichend begründet und nachvollziehbar. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sich die IV-Stelle in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und ihrer Arbeitsfähigkeit auf das bidisziplinäre Gutachten stützte.

6.1 Daran ändert auch der Arztbericht von Dr. I.____ vom 16. Dezember 2015 nichts, der eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seit 2012, eine sonstige anhaltende affektive Störung seit 2014 sowie eine posttraumatische Belastungsstörung seit 2012 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und einen Status nach Anpassungsstörung und längerer depressiver Reaktion ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte und ausführt, aus psychiatrischer Sicht bestehe ab sofort eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Dr. L.____ nimmt in seinem Bericht vom 10. Mai 2016 ausführlich zu den abweichenden Diagnosen von Dr. I.____ Stellung und begründet in überzeugender Weise seine differierende medizinische Einschätzung. So legt er insbesondere nachvollziehbar dar, weshalb die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Des Weiteren legt er dar, weshalb entgegen der Ansicht von Dr. I.____ die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht gestellt werden kann. In diesem Zusammenhang ist schliesslich auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E 3.7 hiavor). Die Beurteilung von Dr. I.____ vermag damit keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens hervorzurufen.

6.2 Die Beschwerdeführerin bringt vor, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt nicht korrekt abgeklärt, da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gelte, dass die umfassende administrative Erstbegutachtung regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sei. Eine polydisziplinäre Expertise sei auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheine, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert sei. Dies treffe im vorliegenden Fall zu. So habe sie bereits im Vorfeld der Begutachtung mit Schreiben vom 7. Mai 2013 auf den Umstand aufmerksam gemacht, dass die Vergabe eines bloss bidisziplinären Gutachtens nicht angehen könne. Im Resultat der Begutachtung zeige sich, dass das Gutachten des Spitals D.____ vom 28. November 2014 ungenügend sei, da wesentliche geklagte und diagnostizierte Leiden, insbesondere das beidseitige Carpaltunnelsyndrom nicht in die Begutachtung einbezogen worden seien. Die Sachverhaltsabklärung vermöge deshalb den bundesgerichtlichen Anforderungen nicht stand zu halten.

Der Beschwerdeführerin kann aus nachfolgenden Gründen nicht gefolgt werden. Aus der Wendung "regelmässig" folgt, dass nicht in jedem Fall, bei welchem die versicherte Person an gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus verschiedenen Fachrichtungen leidet, ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen

weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein (zur Interdisziplinarität der Begutachtung vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4) noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Vorliegend wurde eine bidisziplinäre psychiatrische und traumatologische Begutachtung durchgeführt. Die Gutachter forderten zusätzlich die neurologische Beurteilung der Klinik E.____ vom 18. März 2014 und vom 8. Juli 2014 an, welche jedoch keinen Anlass für weitere Abklärungen ergab. In Bezug auf das Schreiben der Beschwerdeführerin vom 7. Mai 2013 ist festzuhalten, dass sie damals in erster Linie vorbrachte, es sei eine traumatologische statt eine rheumatologisch- psychiatrische Begutachtung angezeigt, da objektivierbare Unfallfolgen vorliegen würden. Die Beschwerdeführerin brachte jedoch damals wie heute nicht vor, inwiefern sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden in weiteren Disziplinen begutachtet werden müsste. Auch aus den Akten ergeben sich keine Gesundheitsschädigungen im Bereich anderer Disziplinen, welche zur Beurteilung des Gesundheitszustandes weiter abgeklärt werden müssten. Insbesondere auch nicht in Bezug auf das beidseitige Carpaltunnelsyndrom. Wie Dr. J.____ in seinem Bericht vom 8. August 2016 zu Recht ausführte, erwähnte die Versicherte bei der Begutachtung unter „aktuelle Beschwerden“ keine Beschwerden mehr von Seiten der Hände. Diese Anamnese in Verbindung mit dem klinischen Befund schliesst zum Begutachtungszeitpunkt ein höhergradiges Carpaltunnelsyndrom mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus. Zu berücksichtigen ist insbesondere auch, dass der ausgewählte Gutachter verpflichtet ist, den erteilten Auftrag zurückzugeben, falls er der Ansicht sein sollte, die ausgewählte Disziplin sei nicht zutreffend (vgl. BGE 139 V 352 E. 3.3). Es ist demnach keine zusätzliche Abklärung vorzunehmen.

7.1 Schliesslich ist der Einwand der Beschwerdeführerin zu prüfen, das Gutachten bzw. das Teilgutachten von Dr. L.____ gebe keinen Aufschluss darüber, inwieweit die anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, da sich diese ausschliesslich an den Foerster-Kriterien orientiere. Es erlaube demnach keine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren.

7.2 Mit Leitentscheid vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden revidiert und sich von der bisherigen Überwindbarkeitsvermutung verabschiedet (BGE 141 V 281 ff.). Die Rechtsprechungsänderung findet grundsätzlich auch auf laufende Verfahren wie auf das vorliegende Anwendung. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann deshalb weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Auch künftig wird der Rentenanspruch – in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) – anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht eine medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes trägt das Bundesgericht der seit längerem namentlich aus medizinischer, aber auch aus juristischer Sicht an der bisherigen Schmerzrechtsprechung geäusserten Kritik Rechnung und hält an der Überwindbarkeitsvermutung nicht weiter fest. Anstelle des bisherigen Regel/ Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad

bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

7.3 Zwar hatten die Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahin gehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und – in der Folge – Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektiver Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6).

7.4 Geht es darum, den medizinischen Sachverhalt im Lichte dieser neuen höchstrichterlichen Schmerzrechtsprechung zu würdigen, so bleibt in intertemporalrechtlicher Hinsicht auf Folgendes hinzuweisen: Laut Bundesgericht verlieren die gemäss altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten – wie das hier vorliegende Gutachten vom 28. November 2014 – nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/ oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis).

7.5 Das Bundesgericht hat die massgeblichen Abklärungen in zwei Bereiche eingeteilt: In einem ersten Teil sind unter dem Stichwort des funktionellen Schweregrades drei Indikatoren-Komplexe zu klären, welche wiederum in weitere Indikatoren unterteilt sind. In einem zweiten Teil sind die Ergebnisse aus dem ersten Teil einer Konsistenzprüfung zu unterziehen.

7.5.1 Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel "Gesundheitsschädigung". Dabei stellt sich zunächst die Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde. Zu würdi-

gen ist unter dem Aspekt der Schwere des Krankheitsgeschehens, wie stark die Alltagsfunktionen beeinträchtigt sind und ob Hinweise auf Aggravation oder Simulation ersichtlich sind.

Im vorliegenden Fall geht aus dem psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Februar 2014 hervor, die Beschwerdeführerin lebe zusammen mit ihrem Ehemann in einer Wohnung und verfolge einen strukturierten Tagesrhythmus. Gemäss eigenen Angaben unternehme die Versicherte auch im Alltag bzw. in der Freizeit nicht viel; sie liege viel auf dem Sofa oder auf dem Bett, lese oder schaue fern und gehe mehrmals täglich ein wenig spazieren. Soziale Kontakte habe sie keine. Ihren anamnestischen Angaben ist nichts zu entnehmen, was auf eine Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen hindeuten würde. Im Gutachten vom 28. November 2014 wurde festgehalten, im Einklang mit früheren Beurteilungen bestehe aus ärztlicher Sicht eine Diskrepanz zwischen der von der Explorandin beklagten Schmerzen und den objektivierbaren Befunden. Auch seien die anamnestischen Angaben der Explorandin teils nicht deckend mit der Aktenlage. Besonders auffällig sei dies in Bezug auf frühere Unfälle und eine gut dokumentierte chronische Schmerzsymptomatik, welche sie bei der Anamnese im medizinischen Gutachten negiert habe, obwohl sie aufgrund dieser Beschwerden wiederholt arbeitsunfähig gewesen sei und eine stationäre Behandlung sowie ein versicherungstechnisches Gutachten erfolgt seien. Anzeichen für eine Aggravation oder Simulation wurden von den Gutachtern jedoch nicht festgestellt.

7.5.2 Als weiteren Indikator nennt das Bundesgericht den Behandlungs- und Eingliederungserfolg. Dabei sind Verlauf und Ausgang der bisher durchgeführten Therapien und Eingliederungsversuche zu würdigen, und es ist zu prüfen, ob die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden.

Die Beschwerdeführerin hat gemäss psychiatrischem Teilgutachten vom 7. Februar 2014 seit dem Unfall vom Januar 2012 nicht mehr gearbeitet. Im Gutachten vom 28. November 2014 wurde festgestellt, dass die Angaben der Versicherten, sie könne sich nicht vorstellen irgendeine Tätigkeit auszuüben, auf Selbstlimitierung beruhen würden. Die Medikation sei nachweislich nicht in ausreichendem Masse eingenommen worden. Therapeutisch bestehe ein beeinflussbarer innerseelischer Verlauf. Es könne nicht vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung ausgegangen werden. Die Versicherte solle bei dem leichten depressiven Zustandsbild die psychiatrische Behandlung weiterführen, auch die weitere Verordnung eines Antidepressivums wäre sinnvoll, unter der Voraussetzung, dass sie die Medikation auch einnehme. Es ist festzustellen, dass in den medizinischen Akten mehrfach von einer Therapieadhärenz-Problematik die Rede ist, welche auch im Bericht des Spitals D._____ vom 12. November 2012 beschrieben wird und durch zu tiefe Medikamentenspiegel am 11. Dezember 2013 beim psychiatrischen Teilgutachten objektiviert worden sei. Unter diesen Umständen scheinen die therapeutischen Optionen nicht ausgeschöpft zu sein.

7.5.3 Als letzter Indikator des Indikatoren-Komplexes "Gesundheitsschädigung" ist schliesslich die Komorbidität zu würdigen. Der psychischen Komorbidität ist nach der neuen Praxis keine vorrangige Bedeutung mehr einzuräumen, vielmehr sind auch körperliche Begleiterkrankungen zu würdigen. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Februar 2014 wurde unter anderem ein leichtgradiges depressives Syndrom diagnostiziert. Der Gutachter stellte fest, dass die Ex-

plorandin aus rein psychiatrischer Sicht auch mit dieser Symptomatik in der Lage sein sollte, einer Arbeit nachzugehen. Der subjektive Leidensdruck bezüglich der Depression erscheine nicht so gross zu sein, dass sie eine konsequente antidepressive Medikation einnehmen würde, wie die Blutspiegeluntersuchungen vom 11. Dezember 2013 gezeigt hätten. Die Beschwerdeführerin leide unter einer ISG-Arthrose, welche aus traumatologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe. Aufgrund der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Schmerzlokalisierung sei diese jedoch für die Mehrheit ihrer Beschwerden nicht ursächlich. Vor diesem Hintergrund sind die Komorbiditäten als eher gering einzuschätzen.

7.5.4 Im zweiten, die Persönlichkeit betreffenden Indikatoren-Komplex, wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt, und es sind die persönlichen Ressourcen der Versicherten zu eruieren. Aus den gutachterlichen Ausführungen von Dr. L. ____ vom 7. Februar 2014 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar, örtlich, zeitlich, zur Person und Situation ausreichend orientiert gewesen sei. Es fänden sich keine Hinweise für inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Zwangsstörungen oder Ich-Störungen. Die Beschwerdeführerin bewohne mit ihrem Ehemann eine Zweizimmerwohnung. Der Ehemann der Explorandin sei selbst eingeschränkt und beziehe eine Rente. Er arbeite jeweils für zwei bis drei Stunden pro Woche als Hauswart. Die Versicherte lebe noch vom Lohn und von der Rente des Ehemannes, Schulden habe sie keine. Die Beziehung zum Ehemann und den Kindern, die viel mithelfen und sie überall hinfahren würden, beschreibe sie als gut. Das Mittag- und Abendessen werde jeweils von der Tochter oder dem Ehemann zubereitet. Der Bruder der Versicherten sei gesund und als Vorarbeiter in einer Fabrik tätig. Er lebe in N. _____. Die Eltern würden in O. _____ wohnen. Von ihrem sozialen Umfeld geht somit zweifellos eine starke Stütze aus. Die persönlichen Ressourcen sind damit insgesamt noch umfassend genug erhalten, um einer Tätigkeit nachgehen zu können.

7.5.5 Im dritten Indikatoren-Komplex ist unter dem Titel „sozialer Kontext“ eine Abgrenzung der psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorzunehmen. Diese Faktoren bleiben als invaliditätsfremd unbeachtlich. Im vorliegenden Fall liegen gemäss psychiatrischem Teilgutachten vom 7. Februar 2014 vor allem sprachliche Schwierigkeiten, finanzielle Belastungen, mangelnde Schulbildung und unzureichende Copingstrategien vor. Bei der finanziellen Problematik könne von psychosozialen Problemen ausgegangen werden, die schwerwiegend genug sind, um als entscheidender ursächlicher Einfluss für das Krankheitsgeschehen zu gelten.

7.5.6 Als weiteren Indikator nennt das Bundesgericht auch in diesem Indikatoren-Komplex – wie im Indikatoren-Komplex der Persönlichkeit – die Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds. Beachtlich sind dabei die Verankerung und Vernetzung im sozialen Umfeld und die daraus mobilisierbaren Ressourcen. Die Beziehungsfähigkeit der Versicherten ist wie ausgeführt erhalten; neben der Partnerschaft zu ihrem Ehemann und der familiären Beziehung zu ihren Kindern freue sie sich auch über den Enkelsohn, den sie regelmässig sehe. Der als Vorarbeiter in einer Fabrik tätige Bruder der Versicherten sei gesund und lebe in N. _____. Die Eltern würden in O. _____ wohnen. Vom Umfeld der Beschwerdeführerin geht demnach eine starke Stütze aus.

7.6.1 Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die „Konsistenzprüfung“ vorzunehmen. Dabei ist zu prüfen, ob die vom Gutachter festgestellten Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit aufgrund des medizinisch festgestellten Gesundheitsschadens anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Ein wichtiger Indikator ist dabei die Frage, ob die diskutierte Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit gleich ausgeprägt ist wie die Einschränkungen in den sonstigen Lebensbereichen. Ferner ist zu beachten, ob die versicherte Person Therapieangebote wahrnimmt oder mögliche Behandlungen auslöst.

7.6.2 Die Beschwerdeführerin leide unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, welche es ihr subjektiv verunmögliche jeglicher Arbeit nachzugehen. Gemäss eigenen Angaben unternehme die Versicherte auch im Alltag bzw. in der Freizeit nicht viel; sie liege viel auf dem Sofa oder dem Bett, lese oder schaue fern und gehe mehrmals täglich ein wenig spazieren. Aufgrund der erwähnten Indikatoren ist aber insgesamt eine solch wesentliche Einschränkung nicht plausibel, vielmehr sind noch beträchtliche Restressourcen erkennbar, welche mit Blick auf eine künftige Arbeitstätigkeit auch im Rahmen des Erwerbslebens verwertbar sein dürften. Gemäss Gutachten vom 28. November 2014 bestehe aus ärztlicher Sicht eine Diskrepanz zwischen der von der Explorandin beklagten Schmerzen und den objektivierbaren Befunden. Auch würden sich die anamnestischen Angaben der Explorandin teils nicht mit der Aktenlage decken. Die Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Alltag stehen demnach nicht im Einklang mit der von den Gutachtern entsprechend veranschlagten 80-90 %-igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch die ausgeführte Therapieadhärenz-Problematik (vgl. E. 7.5.2 hiervor). Die subjektiven Beschwerden sowie die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin bezüglich ihres Alltags stimmen überein. Allerdings sind diese nicht mit den Diagnosestellungen und Beurteilungen der Gutachter des Spitals D.____ vereinbar.

8. Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das bidisziplinäre Gutachten des Spitals D.____ vom 28. November 2014, insbesondere das psychiatrische Teilgutachten von Dr. L.____ vom 7. Februar 2014, genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gibt. Die von den Gutachtern darin vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung erweist sich auch in Würdigung der nach neuer Rechtsprechung zu berücksichtigenden Indikatoren als überzeugend. Das fragliche Gutachten lässt mithin eine zuverlässige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu. Insgesamt resultiert in medizinischer Hinsicht, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zu 80-90 % arbeitsfähig ist. Schliesslich ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass es der IV-Stelle bzw. dem RAD in der Übergangsphase zur neuen Rechtsprechung erlaubt ist, lediglich eine Stellungnahme zur Indikatorenprüfung zu verfassen. Eine neue Begutachtung muss grundsätzlich nicht gemacht werden. Die RAD Stellungnahme vom 28. Dezember 2015 ist zudem vollständig und schlüssig. Es besteht daher kein Grund, weitere (fach-)ärztliche Abklärungen vorzunehmen.

9. Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf das Gutachten des Spitals D.____ vom 28. November 2014 stützte. Was die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom

29. Juni 2016 vorbringt, ist nicht geeignet, die beweisrechtliche Verwertbarkeit des Gutachtens in Frage zu stellen. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden. Die gegen die Verfügung vom 27. Mai 2016 erhobene Beschwerde erweist sich unter diesen Umständen als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

10.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 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. Da ihr mit Verfügung vom 27. Juli 2016 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse.

10.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Beschwerdeführerin ebenfalls mit Verfügung vom 27. Juli 2016 die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt wurde, 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. September 2016 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8 Stunden und Auslagen von Fr. 159.-- geltend gemacht. Der vorliegend geltend gemachte Aufwand für das Beschwerdeverfahren erweist sich als angemessen, weshalb eine – auf den Ansatz von Fr. 200.-- reduzierte – Entschädigung von Fr. 1'899.70 (8 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 159.-- und 8 % Mehrwertsteuer) gerechtfertigt ist. Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wird deshalb ein Honorar in dieser Höhe aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

11. 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 reduziertes Honorar in der Höhe von Fr. 1'899.70 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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