



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

**vom 6. Januar 2022 (720 21 201 / 02)**

---

**Invalidenversicherung**

**Invalidenrente; Würdigung der Arztberichte**

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Yves Waldmann, Advokat, St. Johannis-Vorstadt 23, Postfach 1328, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.a Die 1967 geborene A.\_\_\_\_ meldete sich im August 2002 unter Hinweis auf Rheuma in Armen und Beinen, Vergesslichkeit, Schulter- und Armschmerzen, Lust- und Freudlosigkeit erstmals bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen, erwerblichen und hauswirtschaftlichen Verhältnisse, welche einen Invaliditätsgrad von 10 % ergab, wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Oktober 2004 einen Rentenanspruch ab. Die dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Kantonsgesetzgebungsamt Basel-Landschaft,

Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 23. November 2005 abgewiesen. Am 12. September 2006 meldete sich die Versicherte erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. In der Anmeldung wurde geltend gemacht, dass sich der Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert habe, sodass nunmehr die Voraussetzungen für den Bezug einer IV-Rente gegeben seien. Nach Vornahme der erforderlichen Abklärungen wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 23. Januar 2009 einen Anspruch auf eine IV-Rente gestützt auf einen IV-Grad von 17 % ab.

A.b Am 23. September 2014 ging erneut ein Gesuch der Versicherten bei der Invalidenversicherung ein. A.\_\_\_\_ gab als gesundheitliche Beschwerden chronische Gelenkschmerzen, Verspannungen und Arthrose an beiden Kniegelenken an. Zuletzt war A.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2013 bis 31. Mai 2014 als Shop-Angestellte in einem Pensum zwischen 20 % und 80 % angestellt gewesen. Das Arbeitsverhältnis wurde wegen Geschäftsaufgabe gekündigt. Die IV-Stelle klärte in der Folge erneut die erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse ab. Gestützt auf ein Gutachten der B.\_\_\_\_ AG vom 16. April 2015, welches von der Krankentaggeldversicherung von A.\_\_\_\_ in Auftrag gegeben worden war, verfügte die IV-Stelle am 2. Dezember 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens gestützt auf einen IV-Grad von 12 %. Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht mit Urteil vom 7. Juli 2016 in dem Sinne gut, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde. In der Folge holte die IV-Stelle ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. med. C.\_\_\_\_ (Fachrichtung Rheumatologie) und bei Dr. med. D.\_\_\_\_ (Fachrichtung Psychiatrie) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Mai 2021 das Leistungsbegehren gestützt auf das Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 7. Oktober bzw. 8. November 2017 und einem errechneten IV-Grad von 25 % erneut ab.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Dr. Yves Waldmann, mit Schreiben vom 24. Juni 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht. Darin beantragte sie, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr mindestens eine halbe Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung und zur Berechnung des Invaliditätsgrades an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Des Weiteren sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 26. Juli 2021 beantragte die IV-Stelle, dass die Beschwerde abzuweisen sei.

D. Mit Verfügung vom 28. Juli 2021 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Dr. Yves Waldmann als Rechtsvertreter bewilligt.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte – Beschwerde der Versicherten vom 24. Juni 2021 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C\_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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.

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte

und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409, 143 V 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4-3.6 und 4.1). Gemäss altem Verfahrensstandard (z.B. BGE 130 V 352) eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8).

2.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. 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, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. Allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

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.

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

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen

und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5).

3.3.1 So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2019, 9C\_609/2018, E. 3.2.2).

3.3.2 Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG (in der bis 31.12.2021 gültigen Fassung) eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

3.3.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (BGE 126 V 353 E. 5b; Urteil des Bundesgerichts vom 22. September 2015, 8C\_431/2015, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

5. War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob mit dem Gesuch im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV glaubhaft gemacht wurde, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Nach der Rechtsprechung sind die bei einem Revisionsfall geltenden Regeln bei einer Neuanmeldung dabei analog anzuwenden (BGE 117 V 198 E. 3a). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ein Revisionsgrund ist unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Im vorliegenden Verfahren wurde die Invaliditätsbemessung von der IV-Stelle nach der allgemeinen Methode vorgenommen, während das letzte rechtskräftig beurteilte Rentengesuch mit Verfügung vom 23. Januar 2009 gestützt auf die gemischte Methode abgewiesen wurde. Ein Revisionsgrund ist folglich zu bejahen, weshalb die IV-Stelle zu Recht auf die Neuanmeldung vom 23. September 2014 eingetreten ist.

6. Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Unterlagen vor:

6.1 Nachdem das Kantonsgericht mit Urteil vom 7. Juli 2016 die Angelegenheit zur Abklärung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit an die Vorinstanz zurückgewiesen hat, gab die IV-Stelle bei den Dres. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und C.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, ein bidisziplinäres (rheumatologisch-psychiatrisches) Gutachten in Auftrag.

6.1.1 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 7. Oktober 2017 erhebt Dr. C.\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine beginnende mediale Gonarthrose mit beginnender Femoropatellararthrose beidseits. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden eine Fibromyalgie, ein Status nach laparoskopischem proximalem Roux-Y-Magenbypass und Cholezystektomie bei Adipositas WHO initial Grad III (112 kg, 149 cm, BMI 50,4) am 15.12.2015, eine Hypothyreose, substituiert, sowie eine Arterielle Hypertonie angeführt.

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit hält er fest, in der bisherigen Tätigkeit als I.\_\_\_\_, d.h. einer rein stehenden Tätigkeit, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, bezogen auf ein Ganztagespensum. In der letzten Tätigkeit als Verkäuferin in einem Shop mit praktisch rein stehender Tätigkeit bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, bezogen auf ein Ganztagespensum. Die Einschränkung komme durch die Knieproblematik zu Stande, diese werde bei einer rein stehenden oder gehenden Tätigkeit wirksam. Das Profil einer Verweistätigkeit aus rheumatologischer Sicht umschreibt Dr. C.\_\_\_\_ wie folgt: Es seien keine Arbeiten im körperlich schweren Bereich möglich, sondern nur Arbeiten im körperlich leichten bis mittelschweren Bereich. Wegen des Knies seien keine Arbeiten repetitiv nur bückend, kauernnd, kniend oder in der Hocke möglich. Gelegentliche Arbeiten in diesen Stellungen seien sehr wohl möglich und auch zumutbar. Es sei kein dauerndes Besteigen von Leitern oder Gerüsten möglich. Gelegentliches Besteigen von Leitern oder Gerüsten sei hingegen absolut zulässig. Die Gehstrecke sei auf 60 Minuten beschränkt. Wobei er sich hier am objektiven Röntgenbefund orientiere, nicht an den subjektiven Angaben. Für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, welche die obengenannten Restriktionen berücksichtige, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, bezogen auf ein Ganztagespensum.

6.1.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 8. November 2017 diagnostiziert Dr. D.\_\_\_\_ als Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Eine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird nicht erhoben. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. In der Tätigkeit als Hausfrau bestehe keine Beeinträchtigung.

6.1.3 Im Rahmen ihrer bidisziplinären Konsensbeurteilung gelangen die Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ zum Schluss, seit Jahren bestehe in den angestammten Tätigkeiten als I.\_\_\_\_ und Verkäuferin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht und aus psychiatrischer Sicht würden sich nicht addieren. In einer leichten bis mittelschweren, angepassten Tätigkeit bestehe aus bidisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

6.2 Mit Stellungnahme vom 10. Oktober 2018 empfiehlt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ abzustellen. Die Gutachter hätten insbesondere die Standardindikatoren ausführlich und plausibel Punkt für Punkt erläutert und auch die vorhandenen Ressourcen beschrieben.

6.3 Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nennt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11), eine chronische Schmerzkrankheit mit psychischer und somatischer Komponente, nämlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und V.a. Rheuma und Gelenksabnützung nach Adipositas-Operation. Im Weiteren wird eine andere Belastungsstörung (ICD-10 F43.8) diagnostiziert, weil die Tochter Diabetes Typ I seit dem Kleinkindalter habe.

6.4 Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, hält in seinem Bericht vom 4. Juni 2020 eine Adipositas WHO Grad III als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest und führt aus, dass die Beschwerdeführerin trotz initialem Gewichtsverlust nach Bypass-Operation immer noch an einer starken Adipositas leide und damit gonarthrotischen Beschwerden. Sie sei stark in ihren alltäglichen Besorgungen eingeschränkt. Der Zustand der Versicherten sei stationär, die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %.

6.5 Mit Arztbericht vom 24. Juli 2020 nimmt PD Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Bezug auf das Oberschenkellifting, das am 12. Februar 2019 durchgeführt worden sei. Er hält fest, dass durch die massive Lipomatose im Bereich der medianen Kniegelenke und der proximalen medianen Oberschenkel die Beschwerdeführerin weiterhin in der freigehenden Beweglichkeit deutlich eingeschränkt sei. Sie könne die Fettmassen dieser Beinadipositas nur mit Stützstrumpfhosen einigermassen kontrollieren. Die Versicherte sei als I.\_\_\_\_ mit weitgehender stehender Tätigkeit absolut ungeeignet. Die Versicherte könne maximal halbtags als I.\_\_\_\_ tätig sein. Für eine Eingliederung in einem sitzenden Beruf teilzeitig würden die Sprachkenntnisse fehlen.

6.6 Mit Arztbericht vom 26. Januar 2021 nimmt Dr. E.\_\_\_\_ zu den neuen medizinischen Unterlagen Stellung und hält fest, dass die von Dr. G.\_\_\_\_ aufgrund der Adipositas geltend gemachte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei, weil die Adipositas im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ eingehend untersucht und beschrieben worden sei, ebenso die Gonarthrose beidseits und die adipöse Struktur der Beine. Diese Gesundheitsschäden seien im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hinlänglich berücksichtigt worden, indem er eine dauerhafte 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert habe. Eine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustands sei aus dem Arztbericht von Dr. G.\_\_\_\_ nicht zu entnehmen. Auch PD Dr. H.\_\_\_\_ halte fest, die Versicherte sei maximal halbtags arbeitsfähig als I.\_\_\_\_. Als Verweistätigkeit erachte dieser einen sitzenden Beruf als sinnvoll. Die von PD Dr. H.\_\_\_\_ erwähnten möglichen Probleme wegen fehlender Sprachkenntnisse seien jedoch aus versicherungsmedizinischer Sicht als invaliditätsfremd zu beurteilen. Weiter hält

Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass die von Dr. F.\_\_\_\_ beschriebene rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, sowie die chronische Schmerzkrankheit wie auch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sich nicht unterscheidet von der im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig leichte Episode und anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Eine wesentliche Veränderung gegenüber dem Gutachten sei nicht erkennbar. Ebenso wenig sei eine Veränderung der Befunde feststellbar, auch die psychopharmakologische Behandlung sei unverändert, eine psychiatrische stationäre Behandlung sei zwischenzeitlich nicht durchgeführt worden und offenbar auch nicht als erforderlich erachtet worden.

7. Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf die Ergebnisse, zu denen die Gutachter Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ in ihrem bidisziplinären Gutachten vom 7. Oktober bzw. 8. November 2017 gelangten. Sie ging davon aus, dass der Versicherten die Ausübung einer leidensadaptierten Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar sei. Diese vorinstanzliche Beweismwürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.3.1 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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor.

Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 7. Oktober bzw. 8. November 2017 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 3.2 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 ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Ebenso setzt es sich ausreichend mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander.

7.1.1 Was die Beschwerdeführerin vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 7. Oktober bzw. 8. November 2017 in Frage zu stellen. Die Beschwerdeführerin rügt im Wesentlichen, der rheumatologische Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ habe in nicht nachvollziehbarer Weise eine Fibromyalgie als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angeführt, er weise praktisch sämtliche somatischen Beschwerden dieser Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Es liege jedoch eine objektivierte Gelenkerkrankung vor. Es überzeuge nicht, wenn Dr. C.\_\_\_\_ darlege, dass er die im Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, vom 17. Mai 2004 zuhanden der MEDAS erhobenen Diagnosen eines unspezifischen zervikovertebralen Schmerzsyndroms und eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms nun einfach der Diagnose Fibromyalgie zuordne.

Vorweg ist festzuhalten, dass sich Dr. C.\_\_\_\_ detailliert mit den Diagnosen einer Fibromyalgie wie auch einer Gonarthrose auseinandergesetzt hat. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass

Dr. C.\_\_\_\_\_ an verschiedenen Stellen im Gutachten die Gonarthrose als altersentsprechend eingestuft hat. Soweit die Beschwerdeführerin auf die Diagnosen von Dr. J.\_\_\_\_\_ aus dem Jahre 2004 hinweist und darauf, dass Dr. C.\_\_\_\_\_ davon abweiche, ist klarzustellen, dass Dr. J.\_\_\_\_\_ damals auch trotz dieser Diagnosen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit festgehalten hat. Die 20%ige Einschränkung hat er damals lediglich mit der Körperfülle der Beschwerdeführerin begründet, die mittlerweile durch die Operation aber grösstenteils weggefallen ist. Im Übrigen scheint die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang zu übersehen, dass der Gutachter Dr. C.\_\_\_\_\_ die mediale Gonarthrose durchaus als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten, andererseits aber das cervikospondylogene sowie auch das lumbospondylogene Syndrom unter der Diagnose Fibromyalgie und eben als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt hat. Zur Begründung hielt er fest, dass die sich durch diese Diagnosen für eine Verweistätigkeit ergebenden Einschränkungen nicht ins Gewicht fallen würden. Dies ist durchaus nachvollziehbar.

7.1.2 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, Dr. C.\_\_\_\_\_ habe zu Unrecht die ausgeprägte Adipositas als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft, insbesondere werde der Tatsache, dass die Magenbypass-Operation keinen langfristigen Erfolg gebracht habe, nicht Rechnung getragen. Diesbezüglich weist die IV-Stelle zu Recht darauf hin, dass durch die Operation mit einem Gewichtsverlust von nahezu 50 kg eine massive Verbesserung erreicht werden konnte, so dass gemäss Arztbericht des Spitals K.\_\_\_\_\_ vom 15. März 2017 hinsichtlich der Adipositas keine Einschränkungen mehr zugeordnet werden konnten. Entscheidend ist die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und hier sieht der rheumatologische Gutachter für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Berücksichtigung der erwähnten Restriktionen auch von der Adipositas her keine Einschränkungen. Soweit der Hausarzt Dr. G.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. Juni 2020 die Beschwerdeführerin durch die Adipositas noch als eingeschränkt sieht, geht aus seinem Bericht aber nicht konkret hervor, inwieweit die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkt sein soll. Damit ist dieser Bericht des Hausarztes nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen.

7.1.3 Schliesslich wird als weiterer Einwand angeführt, dass seit der Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_\_ nun mittlerweile vier Jahre verstrichen seien, so dass aufgrund der von Dr. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierten beginnenden medialen Gonarthrose und der beginnenden Femoropatellararthrose eine Verlaufsbegutachtung angezeigt sei. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass alleine die Tatsache, dass das Gutachten im Zeitpunkt des Verfügungserlasses rund 3 1/2 Jahre alt war, nicht geeignet ist, das Gutachten als nicht verwertbar zu bezeichnen. Dazu und um ein Verlaufsgutachten als notwendig erscheinen zu lassen, müssten Indizien vorliegen, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nahelegen würden. Solche Indizien sind nicht ersichtlich. So hält auch Dr. G.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. Juni 2020 keine Verschlechterung des Gesundheitszustands fest, sondern beurteilt diesen als stationär. Auch aus allen anderen Arztberichten ist keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ersichtlich. Auf das rheumatologische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ ist folglich abzustellen.

7.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 8. November 2017 bringt die Beschwerdeführerin zunächst vor, dass der psychiatrische Gutachter die beklagten

Konzentrations- und Gedächtnisstörungen ohne Testverfahren verneint habe bzw. festgestellt habe, dass diese nicht hätten objektiviert werden können. Der Gutachter hätte diesbezüglich ein Testverfahren durchführen müssen. Die IV-Stelle hält diesem Einwand unter Verweis auf die RAD-Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2018 entgegen, dass der Gutachter die Untersuchung nach dem sogenannten AMDP-System durchgeführt habe und dies beinhalte eine klinische Untersuchung der kognitiven Fähigkeiten. Ein testologischer Beweis, also eine testpsychologische Abklärung, sei nicht zwingend, wenn bereits klinisch eine massgebliche kognitive Störung ausgeschlossen werden könne, insbesondere wenn die normalen kognitiven Fähigkeiten mit der Alltagsbewältigung korrelieren würden. Diesbezüglich ist der IV-Stelle zuzustimmen. Dr. D.\_\_\_\_ beschreibt auf den Seiten 24 und 25 den psychopathologischen Befund nach AMDP und dies beinhaltet eine klinische Untersuchung der kognitiven Fähigkeiten. Aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP; Version 16.06.2016 / Korrigenda 17.10.2016) ergibt sich, dass die Verwendung des AMDP-Systems als Standardabklärung definiert wird (Ziffer 4.3.1 der Qualitätsleitlinien). Gemäss den gleichen Richtlinien sind testpsychologische Zusatzuntersuchungen nur bei begründeter Indikation zu prüfen, z.B. bei Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer objektivierbaren Beschwerden bzw. beklagten Funktionseinbussen (Ziffer 4.3.2.2 der Qualitätsleitlinien). Solche Gründe für eine Zusatzuntersuchung sind vorliegend nicht ersichtlich. Im Übrigen hat auch der behandelnde Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 9. Dezember 2020 das Fehlen einer zusätzlichen Testung nicht kritisiert und er erwähnt in diesem Bericht auch keinerlei Konzentrationsstörungen.

7.2.2 Soweit die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters unter Verweis auf die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ bestritten wird, ist festzuhalten, dass Dr. D.\_\_\_\_ zum Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2017 in seinem Gutachten Stellung nimmt. Dieser Bericht des behandelnden Psychiaters ist sehr summarisch, so dass nachzuvollziehen ist, dass sich der psychiatrische Gutachter darauf beschränkt, festzuhalten, zu welchen anderen Ergebnissen er im Rahmen seiner klinischen Abklärung gelangt ist. Auch der nach der Begutachtung erstellte Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2020 ist sehr summarisch, eine Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Gutachten vom 8. November 2017 ist nicht ersichtlich. Dr. F.\_\_\_\_ hält unter anderem fest, die Beschwerdeführerin leide oft unter schlechtem Schlaf, nicht aber unter Schlafapnoe, entsprechend sei sie "wohl" depressiv. Damit kann keine gesicherte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung begründet werden. Eine Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitsbildes wird von Dr. F.\_\_\_\_ nicht geschildert; im Gegenteil, er bewertet den Gesundheitszustand als stationär. Auch die Befunde und die psychopharmakologische Behandlung sind unverändert geblieben. Zudem wurde weder eine stationäre Behandlung durchgeführt noch wurde eine solche als erforderlich erachtet.

7.2.3 Die Beschwerdeführerin bringt ausserdem vor, Dr. D.\_\_\_\_ habe klar aktenwidrig festgehalten, dass Dr. G.\_\_\_\_ im Arztbericht keine psychiatrische Diagnose gestellt habe. In der Tat hat Dr. G.\_\_\_\_ unter anderem ein myofaszielles Schmerzsyndrom mit Depression diagnostiziert. Er hat in seinem Bericht aber auch festgehalten, dass sich die depressive Verstimmung nach der Magenbypass-Operation gebessert habe. Dass Dr. D.\_\_\_\_ die in den Diagnosen von Dr. G.\_\_\_\_ am Rande – und ohne Angabe eines ICD-10-Codes – erwähnte Depression übersehen hat, führt

jedoch nicht dazu, dass das Gutachten nicht zu verwerten wäre. Dr. D.\_\_\_\_ hat ausserdem selbst eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ICD-10 F33.0), diagnostiziert, weshalb diesbezüglich auch keine Differenz zu Dr. G.\_\_\_\_ besteht.

7.2.4 Insgesamt ergibt sich, dass auch das psychiatrische Teilgutachten nachvollziehbar und überzeugend ist. Daran ändert auch nichts, dass zwischen Gutachten und angefochtener Verfügung rund 3 ½ Jahre vergangen sind. Aus den vorliegenden Unterlagen sind keine Hinweise ersichtlich, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit der Erstellung des Gutachtens vom 7. November 2017 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2021 verschlechtert hätte.

7.3 Gestützt auf diese Erwägungen ergibt sich, dass die Vorinstanz zu Recht auf das interdisziplinäre Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 7. Oktober/8. November 2017 abgestellt hat und daher von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen ist.

8.1 Wie bereits weiter oben ausgeführt (vgl. E. 2.4 hiavor), ist gemäss Art. 16 ATSG der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die IV-Stelle hat in der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2021 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Da die Versicherte aktuell keiner Erwerbstätigkeit nachgeht und sie ihre letzte Stelle aufgrund von invaliditätsfremden Faktoren verloren hatte, ermittelte die IV-Stelle nicht nur das Invaliden-, sondern auch das Valideneinkommen unter Beizug der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (vgl. dazu BGE 126 V 75 E. 3b/bb mit Hinweisen und 124 V 321 E. 3b/aa). Dabei gelangte sie anhand der Gegenüberstellung eines Valideneinkommens von Fr. 58'124.-- und des auf der Basis einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit ermittelten zumutbaren Invalideneinkommens von Fr. 43'745.- zu einem Invaliditätsgrad von 25 %. Gegen diesen von der Vorinstanz vorgenommenen Einkommensvergleich hat die Beschwerdeführerin zu Recht keine Einwände vorgebracht, weshalb darauf abgestellt werden kann.

8.2 Zusammenfassend ergibt sich, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2021 einen Rentenanspruch der Versicherten zu Recht abgelehnt hat. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG sind 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. 800.-- 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 zu auferlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung

vom 28. Juli 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

9.2 Entsprechend dem Prozessausgang wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 28. Juli 2021 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 14. August 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 56.90. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'215.30 (8 Stunden à Fr. 200.-- und Auslagen von Fr. 56.90 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.3 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. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'215.30 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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