Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. Mai 2017 (720 16 377 / 135)

Invalidenversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhaltes; Prüfung der invalidisierenden Wirkung bei unklarem Beschwerdebild

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin i.V. Isabelle Salathe
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Michael Blattner, Advokat, Advokatur Sissach, Postgasse 9, Postfach 182, 4450 Sissach gegen **IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Die 1973 geborene A.____ arbeitete zuletzt ab 25. August 2006 als Produktionsmitarbeiterin bei der B.____ AG in C.____. Daneben arbeitete sie für diverse Liegenschaftsverwaltungen als Hauswartin. Am 29. September 2009 stürzte sie bei der Arbeit für die B.____ AG auf die rechte Hand. Der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Medizin, diagnostizierte einen Sturz mit Kontusion/Distorsion des rechten Ellenbogens und des rechten Handgelenks und attestierte der Versicherten zunächst eine 100 %ige, ab dem

1. November 2009 wieder eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Wegen anhaltender Schmerzen suchte A.____ am 18. November 2016 die Notfallstation des E.____ auf, wo eine Distorsion mit radialer Läsion TFCC rechts und eine LT-Bandläsion rechts diagnostiziert wurde. Am 23. Dezember 2009 wurde die Versicherte am Handgelenk operiert. Am 26. August 2010 und 7. Oktober 2011 folgten weitere Operationen zur Entfernung der eingesetzten Boltschraube und Metallplatte. Der zuständige Unfallversicherer erbrachte nach dem Unfall die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggeld) und sprach der Versicherten eine Invalidenrente entsprechend einer Invalidität von 19 % zu. Aufgrund ihrer Arbeitsunfähigkeit meldete sich A.____ am 4. Juni 2010 bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse, insbesondere der Einholung eines bidisziplinären (psychiatrischen/handchirurgischen) Gutachtens im Rahmen des Vorbescheidverfahrens, sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 14. Oktober 2016 für den Zeitraum vom 1. Dezember 2010 bis zum 30. Juni 2012 eine befristete ganze Rente zu und lehnte den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente ab dem 1. Juli 2012 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 14 % ab.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Michael Blattner, am 16. November 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht. Sie beantragte, es sei die Verfügung vom 14. Oktober 2016 aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, ihr vom 1. Dezember 2010 bis zum 30. Juni 2012 eine ganze Rente und ab dem 1. Juli 2012 eine Viertelsrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter o/e-Kostenfolge, wobei ihr die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung mit Advokat Michael Blattner zu gewähren sei. In verfahrensrechtlicher Hinsicht seien die Akten des Verfahrens Nr. 725 13 142 / 218 des Kantonsgerichts sowie insbesondere das Protokoll der damaligen Urteilsberatung beizuziehen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, das bidisziplinäre Gutachten sei nicht schlüssig und daher nicht beweiskräftig. Schliesslich sei bei der Bemessung des Invalideneinkommens vom falschen Tabellenlohn ausgegangen worden und es sei zu Unrecht kein leidensbedingter Abzug vorgenommen worden.

C. Mit Verfügung vom 20. November 2016 wurde der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Michael Blattner als Rechtsvertreter bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 27. Januar 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Das bidisziplinäre Gutachten würde ausführliche Untersuchungsbefunde enthalten und belegen, dass sich der Gesundheitszustand seit dem polydisziplinären Gutachten von 2012 nachweislich nicht verändert habe. Weiter sei auch die Bemessung des Invalideneinkommens korrekt erfolgt. Sofern überhaupt eine medizinisch begründete Einschränkung vorliege, wäre diese über einen leidensbedingten Abzug zu berücksichtigen, jedoch bliebe der Invaliditätsgrad selbst bei einem theoretisch angenommenen Abzug von 10 % unverändert deutlich rentenausschliessend.

E. Wie von der Beschwerdeführerin beantragt, wurden die Akten des Verfahrens Nr. 725 13 142 / 218 des Kantonsgerichts beigezogen. Da bei einer Urteilsberatung jedoch kein förmliches Protokoll erstellt wird, konnte dieses nicht beigezogen werden.

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

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 16. November 2016 ist demnach einzutreten.

2.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im Bereich der Invalidenversicherung 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 der Erwerbsunfähigkeit sind nach dem mit der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person 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.

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Er-

werbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

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

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. 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 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweis-

würdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

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

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

4.2.1 Zu beachten ist sodann, dass das Bundesgericht im Leiturteil BGE 141 V 281 ff. seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 140 V 13 f. E. 2.2.1.3) revidiert hat. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann danach 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 Schwei-

zerischen 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).

4.2.2 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den genannten Gesundheitsschäden beachtlichen Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert: Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel “Gesundheitsschädigung“. Darunter sind die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und die Komorbiditäten zu würdigen. Im zweiten, die “Persönlichkeit“ betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt, und es sind die persönlichen Ressourcen des Versicherten zu eruieren. Im dritten Indikatoren-Komplex schliesslich ist unter dem Titel “Sozialer Kontext“ eine Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds vorzunehmen. Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die “Konsistenz“ zu prüfen. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien wie die Indikatoren einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und eines behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 296 ff. E. 4).

4.2.3 Zwar hatten die Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substanziell 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 objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und damit vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität nur begründen, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 308 E. 6).

5. Für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin stehen im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Unterlagen zur Verfügung:

5.1 Am 30. September 2009 suchte die Beschwerdeführerin ihren Hausarzt, Dr. D.____ auf. Dieser stellte gemäss Arztzeugnis zuhanden des Unfallversicherers vom 9. November 2009 ein Hämatom am rechten Oberarm sowie diffuse Druckdolenzen im Bereich des rechten Ellenbogens und des rechten Handgelenks fest. Er habe aufgrund der angefertigten Röntgenbilder Frakturen ausschliessen können. Dr. D.____ diagnostizierte einen Sturz mit Kontusion/Distorsion des rechten Ellenbogens und des rechten Handgelenks. Die Versicherte sei ab dem 30. September 2009 bis voraussichtlich 1. November 2009 zu 100 %, danach für unbestimmte Zeit zu 50 % arbeitsunfähig.

5.2 Aufgrund anhaltender Schmerzen suchte die Versicherte am 18. November 2009 die Notfallstation des E.____ auf. Mit Arztbericht vom 1. Dezember 2009 hielt Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass die Patientin nach der Notfallkonsultation am 18. November 2009 noch immer über ulnar betonte Schmerzen berichte. Bei stärkerer Beanspruchung trete jeweils eine Schwellung des Handgelenks auf. Das am 26. November 2009 angefertigte Arthro-CT des rechten Handgelenks habe eine relativ ausgedehnte radiale TFCC-Ruptur gezeigt. Ebenso hätten sich Zeichen einer LT-Bandläsion ergeben. Damit würden sich die Beschwerden der Versicherten erklären. Sie sei aufgrund dieser Beschwerden zu 100 % arbeitsunfähig.

5.3 Am 23. Dezember 2009 wurde die Beschwerdeführerin im E.____ operiert. Gemäss Operationsbericht vom 28. Dezember 2009 sei bei der Patientin eine diagnostische Handgelenksarthroskopie, eine Ulnaverkürzungsosteotomie, eine TFCC-Reinsertion, eine temporäre LT-Transfixation sowie eine LT-Bandaugmentation mit Retinakulumstreifen durchgeführt worden.

5.4 Am 30. Januar 2010 meldete sich die Beschwerdeführerin mit Schmerzen im Gips auf der Notfallstation des E.____. Mit Bericht vom 4. Februar 2010 hielt Dr. F.____ fest, dass es aufgrund des Gipses zu einer Stauung mit zunehmenden Schmerzen gekommen sei, weshalb der Gips habe entfernt werden müssen. Die Operationsnarbe sei reizlos, insbesondere im Bereich der distalen Narbe sei jedoch eine starke Empfindlichkeit festzuhalten. Es läge nur eine diskrete Schwellung im Bereich des Handgelenks vor. Die Patientin beklage aktuell Kribbelparästhesien in den Fingerspitzen palmarseits. Als Ursache käme ein Karpaltunnelsyndrom in Frage, der weitere Verlauf solle jedoch abgewartet werden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 %.

5.5 Der stellvertretende Chefarzt der G.____, Dr. med. H.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie FMH Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 26. April 2010 ein CRPS Typ I Stadium II (differenzialdiagnostisch: CRPS Typ II) am rechten Vorderarm bei Hypästhesie und Schmerzen im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris, livider Schwellung und glänzender Haut am Handrücken und Vorderarm, Hypersudorik, vermindertem Nagel- sowie

vermehrtem Haarwachstum und diskretem Temperaturunterschied, Status nach Ulnaverkürzungsosteotomie und TFCC-Reinsertion bei TFCC-Läsion rechts und LT-Bandaugmentation rechts nach Sturz sowie eine Frozen Shoulder und ein myotendinotisches Quadrantensyndrom bei differentialdiagnostisch mehrmonatiger Armfixation oder Schulterläsion nach Sturz.

5.6 Am 27. Mai 2010 wurde bei der Beschwerdeführerin eine Elektroneurografie durchgeführt. Dr. med. I.____, FMH Neurologie, hielt in seinem gleichentags erstellten Schreiben fest, dass diese keine pathologischen Befunde ergeben habe. Es bestehe ein chronifiziertes und bislang therapiefraktäres Schmerzsyndrom der rechten Hand bzw. des rechten Armes bei Status nach einem Sturz und einer operativen Behandlung.

5.7 Nachdem die Bolt-Schraube am 26. August 2010 operativ entfernt worden war, teilte Dr. F.____ der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 12. Oktober 2010 mit, dass die Operation erwartungsgemäss keine wesentliche Besserung gebracht habe.

5.8 Mit Schreiben vom 27. Juni 2011 berichtete Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, die Patientin hadere mit dem Schicksal, sei unzufrieden und verärgert. Sie sei im Denken inhaltlich sehr auf den Unfall und dessen Folgen fixiert. Sie leide an Schlafstörungen, Insuffizienzgefühlen, Gedankendrehen, Reizbarkeit, innerer Unruhe und vermindertem Antrieb. Dr. J.____ diagnostizierte eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 32.2), die sich im Rahmen des schweren CRPS des rechten Unterarms entwickelt habe.

5.9 Gemäss Sprechstundenbericht vom 9. Dezember 2011 der Dres. F.____ und K.____ zeige sich auch nach Entfernung der Platte und trotz Physio- und Ergotherapie keine Besserung im Verlauf. Es sei davon auszugehen, dass eine relevante Einschränkung im Bereich der rechten oberen Extremität bestehen bleibe.

5.10 Der zuständige Unfallversicherer gab in der Folge beim L.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Die Ärzteschaft diagnostizierte im Gutachten vom 19. Oktober 2012 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung bei Zustand nach temporärer lunotriquetraler Handwurzeltransfixation, distaler Ulnaverkürzungsosteotomie, TFCC-Naht wegen unfallbedingter Handwurzelbandläsion und TFCC-Läsion; einer Restsymptomatik eines ehemaligen CRPS Typ I des rechten Vorderarmes und ohne organpathologisches Substrat auf neurologischem Fachgebiet. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Diagnosen eines metabolischen Syndroms bei Adipositas Grad II nach WHO (BMI 35,6 kg/m^2), arterieller Hypertonie und Dyslipidämie zu stellen, zudem liege eine endgradig schmerzhafte Einschränkung der Ellenbogen und Schulterbeweglichkeit rechts und die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F 68.0) vor.

Dr. med. pract. M.____, FMH Chirurgie, hielt fest, die Explorandin habe an den Untersuchungen nur begrenzt kooperiert und hätte diverse Verhaltensauffälligkeiten gezeigt. Aus allgemeinchirurgischer Sicht sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben.

Dr. med. N.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie FMH Chirurgie, berichtete, dass die Muskulatur in Ober- und Unterarm inspektorisch seitengleich ausgebildet und auch die Handflächenbeschwielung seitengleich sei. Die Explorandin habe während der Untersuchung ein mit den geprüften Werten inkonsistentes Verhalten gezeigt. In seiner Beurteilung hielt Dr. N.____ fest, dass es durch die Minderbewegung des gesamten rechten Arms zu einer Einsteifung des rechten Ellenbogengelenks und der rechten Schulter gekommen sei. Eine schwere körperlich belastende Tätigkeit sei der Versicherten aus orthopädischer Sicht nicht zumutbar. In angepasster Tätigkeit, d.h. in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit Rücksicht auf die eingeschränkte und nach längerer Zeit schmerzhaften Beweglichkeit im rechten Handgelenk sei die Versicherte zu 100 % arbeitsfähig.

Gemäss Dr. med. O.____, FMH Neurologie, bestehe eine Diskrepanz zwischen subjektiv beklagter Schmerzintensität, dem teilweise sehr deutlichen Schmerzverhalten und den damit nicht konsistenten Bewegungsmustern. Ein CRPS Typ I liesse sich ausschliessen, da Schweisssekretion, Hauttemperatur und periphere Durchblutung seitengleich intakt seien und auch für ein CRPS Typ II ergebe sich weder aus der Exploration noch aus der Untersuchung ein Anhaltspunkt. Es könne zwar aufgrund der Akten nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass zu einem früheren Zeitpunkt ein CRPS bestanden habe, in jedem Fall sei dieses inzwischen vollständig ausgeheilt. Eine neurologische Störung, die eine anhaltende Leistungsminderung und damit eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnte, liege nicht vor. Hingegen bestehe bei der Explorandin ein chronisches Schmerzsyndrom mit erheblicher Verdeutlichungstendenz, vermutlich aufgrund einer gestörten Schmerzverarbeitung mit Symptomausweitung und erheblicher Selbstlimitierung. Diese Diagnose habe jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

Die neuropsychologische Untersuchung bei Dr. sc. hum. Dipl. Psych. P.____ habe aufgrund eines Weinkrampfes der Beschwerdeführerin mit Hyperventilationsepisode nicht durchgeführt werden können.

Gemäss den Angaben von Dr. med. Q.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe die Explorandin auf der Hamilton Depressionsskala einen Wert von 13 Punkten erreicht, was knapp unter den Werten für eine leichte Depression liege. Die von der behandelnden Psychiaterin gestellte Diagnose einer schweren bzw. mittelschweren depressiven Episode sei aufgrund des aktuellen Befundes nicht nachvollziehbar. Die aktuell grösstenteils identischen Befunde würden von ihr anders interpretiert, wobei ihres Erachtens auch zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. J.____ lediglich von einem leichten depressiven Zustandsbild auszugehen gewesen wäre. Zudem seien die Serumblutspiegel der antidepressiven Medikamente weit unter dem therapeutischen Bereich, sodass die Tabletten wahrscheinlich kaum eingenommen worden seien. Es sei am ehesten die Diagnose „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ (ICD-10: F 68.0) zu stellen. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Im Gegenteil wäre es für die Versicherte sinnvoll, einer Beschäftigung nachzugehen, um sie von ihren Gedanken abzulenken.

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, dass für eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne repetitive Umwendebewegungen für die rechte Hand eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Im Weiteren müsse die Kooperation der Explorandin aufgrund von Auffälligkeiten und Diskrepanzen in Frage gestellt werden. So liessen sich auch die geltend gemachten Beschwerden durch die erhobenen Befunde nur teilweise erklären.

5.11 Mit E-Mail vom 26. Juni 2013 nahm Dr. F.____ zum polydisziplinären Gutachten des L.____ Stellung. Er bekräftigte seine Ansicht, dass die Hebe- und Traglimite von 10 kg keine realistische Einschätzung der Belastbarkeit der rechten Hand darstelle. Ergotherapeutische Untersuchungen im Jahr 2011 und in der ersten Hälfte des Jahres 2012 hätten eine eingeschränkte Belastbarkeit ohne eindeutige Hinweise für eine Simulation der Patientin bestätigt. Ferner zweifelte er die handchirurgische Kompetenz des Gutachters des L.____ an und empfahl, erneut ein entsprechendes Gutachten einzuholen.

5.12 Gemäss Arztbericht der R.____ vom 12. Dezember 2013 von Dr. med. S.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie und Dr. med. T.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bestehe nach wie vor eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1) bei kulturell gefärbten histrionischen Zügen vor dem Hintergrund einer starken narzisstischen Kränkung durch prospektiv anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge eines CRPS des rechten Handgelenks nach Unfall. Die Beschwerdeführerin könne nicht mehr in ihrer bisherigen Tätigkeit arbeiten. Es werde neben einer 50 %igen Invalidenrente aus psychiatrischen Gründen eine Umschulung in einen ihren Fähigkeiten sinnvoll zum Ausdruck bringenden Kontext als angemessen und äusserst hilfreich erachtet.

5.13 Dr. S.____ und Assistenzarzt Dr. med. U.____ hielten mit Arztbericht vom 24. März 2015 fest, dass noch immer eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Sitzungen im Abstand von 2-3 Wochen durchgeführt und Antidepressiva verschrieben würden. Die noch immer bestehende mittelgradige depressive Episode führe zu einer leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Genaue Angaben zur Arbeitsunfähigkeit in Prozentangaben könnten wegen der sehr engen Verknüpfung zur Schmerzsymptomatik nicht gemacht werden. Rein formal sei eine mittelgradige depressive Episode mit einer Wiederaufnahme der Arbeit vereinbar, was jedoch – wegen der ganz ausgeprägten Schmerzproblematik – hier nicht der Fall zu sein scheine. Es sei daher auf die somatische Beurteilung abzustellen.

5.14 Im Arztbericht vom 1. Februar 2016 diagnostizierte Dr. med. V.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 32.11) und eine Panikstörung (ICD-10: F 41.0). Die Beschwerdeführerin wirke im Affekt deprimiert, werde begleitet von Zukunftsängsten, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit sowie immer wiederkehrenden latenten Suizidgedanken. Ausserdem seien erhebliche Ängste in Form von Panikattacken vorhanden, typisch für diese seien Hyperventilationen und Erstickungsgefühle. Zum aktuellen Zeitpunkt sei weder eine behinderungsangepasste noch ein Verweistätigkeit für die Beschwerdeführerin zumutbar.

5.15 Die IV-Stelle beauftragte im Rahmen des Einwandverfahrens Dr. med. W.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. X.____, FMH Chirurgie und Handchirurgie, mit der Erstellung eines bidisziplinären Gutachtens.

Dr. W.____ diagnostizierte in seinem Teilgutachten vom 6. April 2016 die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F 68.0). Die Explorandin habe angegeben, sich nicht mehr in der Lage zu fühlen, einer Arbeit nachzugehen. Auch zu Hause würde sie überhaupt nichts mehr machen. Die Anamnese habe nicht erhoben werden können. Die Explorandin habe gemeint, dass sie dies schon mehrmals erwähnt habe und nicht noch einmal auf alles zu sprechen kommen wolle. Auch den im Vorfeld zugesandten Fragebogen habe sie nicht ausfüllt und den verlangten Lebenslauf habe sie nicht mitgebracht. Bald nach Untersuchungsbeginn habe die Explorandin begonnen zu hyperventilieren. Nach der Einnahme einer Temesta habe sie sich innerhalb weniger Sekunden beruhigen können. Sie habe wiederholt unaufgefordert ihre Beschwerden an der rechten Hand geschildert und habe häufig nur vage Angaben gemacht. Der Affekt sei vor allem labil gewesen, sie habe immer wieder begonnen zu weinen, gegen Ende der Untersuchung habe sich die Explorandin auf die Couch gelegt und habe nicht mehr befragt werden können. Der begleitende Ehemann habe auf Nachfrage geäussert, dass die Explorandin zu Hause überhaupt nichts mehr tue und dauernd umsorgt werden müsse. In seiner Beurteilung hält Dr. W.____ sodann fest, es könne aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben nicht sicher angenommen werden, dass eine affektive Komponente vorliege. Neu werde zudem über eine Panikstörung berichtet, die allerdings aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben ebenfalls nicht nachvollzogen werden könne. Ebenso könne der von Dr. V.____ beschriebene depressive Zustand in der Untersuchung nicht nachvollzogen werden. Bezüglich der von Dr. V.____ im Sinne einer Panik gewerteten Hyperventilationstendenz habe beobachtet werden können, dass diese vorwiegend in Untersuchungssituationen auftrete, weswegen eine gewisse willentliche Steuerung anzunehmen sei. Insgesamt könnten keine Hinweise auf weitere psychiatrische Störungen gefunden werden, da eine vernünftige Befunderhebung nicht möglich sei. Es müsse demnach angenommen werden, dass eine ausgesprochene Fehlverarbeitung der Beschwerden mit deutlich unreifen Verhaltensweisen und histrionisch anmutendem Zustandsbild vorliege. Es könne keine wesentliche Veränderung seit der letzten Begutachtung im Jahre 2012 festgestellt werden. Unter dem Titel Konsensbeurteilung hielt Dr. W.____ sodann fest, der Explorandin wäre lediglich eine einhändige Tätigkeit zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht wäre der Explorandin die angestammte Tätigkeit wie auch eine alternative Tätigkeit in vollem Umfang möglich und auch in der Haushaltstätigkeit lasse sich keine Einschränkung begründen.

Dr. X.____ hielt in seinem Teilgutachten vom 27. April 2016 fest, dass sich die Hand äusserlich unauffällig präsentiere. Bei der Untersuchung der aktiven Funktionen falle eine fast völlige Blockierung aller Funktionen auf. Die Finger würden erst nach längerem Zureden zum vollen Faustschluss und zur vollen Streckung bewegt. Bei der passiven Untersuchung sei er zunächst abgeblockt worden, durch Ablenkung sei es ihm jedoch gelungen, unbemerkt die passiven Funktionen zu prüfen, wobei die Handgelenksbeweglichkeit bei Flexion/Extension bei 40/0/40° ohne jegliche Schmerz- oder Fluchtreaktion gelegen sei und sogar eine praktisch vollständige

Prosupination ohne Angabe von Schmerzen möglich gewesen sei. Die Muskelumfänge seien weitgehend symmetrisch: Der Oberarmumfang betrage beidseits 37 cm, der Vorderarmumfang betrage rechts 31,5 cm und links 33 cm und am Handgelenk sei beidseits ein Umfang von 18 cm messbar. Bei der Kraftmessung mit dem Jamar Vigormeter seien links sehr unterschiedliche Resultate erzielt worden, rechts keinerlei Reaktion, wobei die Hand gar nicht richtig um das Instrument gedrückt worden sei. Er habe allerdings unter Ablenkung einen gegenseitigen Hakengriff ausführen und heftig daran ziehen können, wobei die Explorandin sicher zwischen 3 und 5 kg habe entgegenhalten können. Auch würde die Hand normale Schwielen aufweisen. Die bestehende Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit spiele eine untergeordnete Rolle, da praktisch alle Griffe im Bereich der ersten 40° ausgeführt würden. Seine Diagnose laute auf Symptomausweitung.

Eingangs des als Konsensbesprechung betitelten Berichts vom 27. April 2016, verfasst von Dr. X.____, erklärte dieser, dass die Konsensbeurteilung im Teilgutachten von Dr. W.____ aufgrund eines Entwurfes verfasst worden und fehlerhaft sei. Die beiden Gutachter hätten sich nun anlässlich einer Konsensbesprechung am 25. April 2016 auf die folgenden Diagnosen geeinigt: Status nach TFCC Refixation am Handgelenk, lunotriquetraler Bandaugmentation und Ulnaverkürzungsosteotomie rechts und Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F 68.0), was der von ihm diagnostizierten Symptomausweitung entspreche. Im Weiteren bestehe Einigkeit darüber, dass aktuell keine Depression vorliege. Ob zu einem früheren Zeitpunkt ein CRPS vorgelegen habe, sei nicht mehr beurteilbar. Das Hyperventilationssyndrom könne der Hauptdiagnose zugeordnet werden. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit festzustellen. Aus somatischer Sicht bestehe funktionell eine nur geringfügig eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Hand, bei voll leistungsfähigem restlichem Bewegungsapparat und anderen körperlichen Funktionen.

5.16 Gemäss Einschätzung von Dr. med. Y.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst beider Basel (RAD) vom 10. Mai 2016 lasse sich aufgrund der Ergebnisse des bidisziplinären Gutachtens eine dauerhafte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin mit repetitiven Armumwendbewegungen festhalten. In einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben und Tragen über 10 kg und ohne repetitive Umwendbewegungen mit der rechten Hand sei sie jedoch zu 100 % arbeitsfähig. Dies gelte für den Zeitraum vom 7. Oktober 2009 bis zum 22. Dezember 2009 sowie ab dem Datum der MEDAS-Untersuchung am 20. März 2012 bis auf weiteres. Im Zeitraum vom 30. September 2009 bis zum 6. Oktober 2009 und vom 23. Dezember 2009 bis zum 19. März 2012 hingegen habe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit – auch in einer Verweistätigkeit – bestanden. Der handchirurgische Gutachter habe keine Erklärung finden können für die Einschränkung der Handfunktion rechts. Die identischen Unterarmumfänge der Beschwerdeführerin würden beweisen, dass diese die rechte Hand normal einsetze. Bereits die MEDAS-Gutachter seien zu diesem Schluss gekommen. Es handle sich daher eindeutig um Aggravation. Darüber hinaus seien die Standardindikatoren gemäss den Angaben bezüglich Sozial- und Familienanalyse bei weitem nicht erfüllt. So sei die Versicherte in ein soziales Netzwerk eingebunden, es bestehe kein ausgesprochener sozialer Rückzug und es liege auch keine höhergradige psychische Komorbidität vor. Das aktuelle Gutachten bestäti-

ge die Befunde des polydisziplinären Gutachtens, womit davon ausgegangen werden könne, dass der Gesundheitszustand der Versicherten stabil sei und keine weiteren Abklärungen nötig seien.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2016 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. W.____ und X.____ vom 6. April 2016 bzw. 27. April 2016 sowie auf die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. Y.____ vom 10. Mai 2016. Aufgrund dessen kam sie zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg mit der rechten Hand und ohne repetitive Umwendbewegungen mit der rechten Hand im Umfang von 100 % zumutbar sei. Wie bereits ausgeführt (vgl. oben E. 3.3) 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. Solche Indizien sind vorliegend nicht ersichtlich. Die beiden Gutachten der Dres. W.____ und X.____ sind in Kenntnis der Vorakten verfasst worden. Ebenso wurden eingehende Untersuchungen durchgeführt, wobei die geklagten Beschwerden berücksichtigt wurden. Die Gutachten vermitteln ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand der Versicherten. Es wird deutlich, dass ein Status nach TFCC Refixation am Handgelenk, lunotriquetrale Bandaugmentation und Ulnaverkürzungsosteotomie rechts sowie die Diagnose „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ (ICD-10: F 68.0) vorliegen. Der Beschwerdeführerin ist insofern zuzustimmen, als Dr. X.____ als Handchirurge nicht dazu qualifiziert ist, die psychiatrischen Aspekte zu beurteilen. Diese Einschätzung wird denn auch von Dr. Y.____ geteilt, wenn er in seinem Bericht vom 11. August 2016 ausführt, dass die Spekulationen von Dr. X.____ betreffend der „reaktiv motorischen Ausschaltung der Hand aufgrund zentraler Mechanismen“ sowie betreffend der psychiatrischen Belange nicht verwertet werden könnten. Diesen zutreffenden Ausführungen kann ohne weiteres gefolgt werden, weshalb vorliegend von den beiden Teilgutachten jeweils lediglich die das jeweilige Fachgebiet betreffenden Beurteilungen verwertet werden. Die Gutachten lassen unter Berücksichtigung dieses Aspekts grundsätzlich eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin auf diese abstellte.

6.2.1 Daran vermögen auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Sie kritisiert einerseits die Dauer und den Ablauf der psychiatrischen Untersuchung. Weiter wird moniert, dass der Gutachter die Kooperation der Beschwerdeführerin als schlecht erachte, dies jedoch nicht begründe. Ebensowenig werde begründet, weshalb die kognitiven Funktionen der Beschwerdeführerin nicht hätten getestet werden können. Der ebenfalls anwesende Ehemann sei vom Gutachter nur marginal eingebunden worden und die Argumentation des Gutachters sei sprunghaft und nicht nachvollziehbar. Ebenso seien die geklagten Beschwerden und die Diskrepanz zu den widersprechenden Befunden von Dr. V.____ gemäss Arztbericht vom 1. Februar 2016 ungenügend berücksichtigt worden und bezüglich der zur Begründung ange-

führten Persönlichkeit der Beschwerdeführerin wäre zu prüfen gewesen, ob eine entsprechende pathologische Störung vorliege.

Aus dem Teilgutachten von Dr. W.____ geht die Dauer der Untersuchung nicht hervor. Die Beschwerdeführerin macht denn auch keine genaueren Angaben, wie lange die Untersuchung gedauert haben solle. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann aus einer – verhältnismässig – kurzen Dauer der psychiatrischen Exploration nicht von vornherein auf eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters oder der Gutachterin geschlossen werden. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2016, 8C_47/2016, E. 3.2.2). Es ist somit der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, wenn diese ausführt, der Umfang des Untersuchungsmaterials sowie die minutiöse Beschreibung der Verhaltens und der Befunde würden darauf schliessen lassen, dass es sich nicht lediglich um eine Kurzuntersuchung gehandelt habe. Insgesamt lassen sich keine Hinweise darauf finden, dass die Untersuchungssituation nicht adäquat gewesen wäre. Bei der Lektüre des Gutachtens entsteht denn auch nicht der Eindruck, dass Dr. W.____ der Beschwerdeführerin gegenüber voreingenommen war. Vielmehr schildert er ein Verhalten, welches bereits in früheren Untersuchungen beobachtet werden konnte (vgl. oben E. 5.10). Aus dem Gutachten geht weiter hervor, dass Dr. W.____ den Ehemann durchaus zur aktuellen Situation befragt hatte. Auch mit den von Dr. V.____ gestellten Diagnosen einer Panikstörung sowie einer depressiven Episode setzte sich Dr. W.____ auseinander. Er berichtete, er könne den von Dr. V.____ beschriebenen depressiven Zustand in der Untersuchung nicht nachvollziehen und die subjektiven Angaben seien zu vage. Die Beschwerdegegnerin führt dazu in ihrer Vernehmlassung aus, dass zwei Kardinalsymptome einer mittelgradigen depressiven Störung, die bedeutende Affekteintrübung und die schwere Antriebsstörung, nicht vorlägen.
Dr. W.____ wertete die Hyperventilationstendenz nicht wie Dr. V.____ im Sinne einer Panik, da beobachtet werden könne, dass die Beschwerdeführerin vorwiegend in Untersuchungssituationen eine Hyperventilation durchführe, weswegen eine gewisse willentliche Steuerung anzunehmen sei. Dafür spreche auch, dass sie sich erstaunlich schnell wieder beruhigen könne und danach nicht wesentlich ängstlich wirke. Diese Argumentation vermag zu überzeugen. Hinweise auf das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung im psychiatrischen Sinne lassen sich in den zahlreichen Berichten nicht finden. Es kann davon ausgegangen werden, dass es dem Gutachter aufgefallen wäre, hätten diesbezügliche Anzeichen bestanden. Überdies kamen auch die Gutachter des L.____ nicht zu einem anderen Ergebnis. Insgesamt ist die Darlegung der psychiatrischen Zusammenhänge und der daraus gezogenen Schlussfolgerungen überzeugend.

6.2.2 Betreffend das handchirurgische Teilgutachten moniert die Beschwerdeführerin, dass Dr. X.____ als Somatiker psychiatrische Diagnosen stelle und auch beurteile. Weiter werde an verschiedener Stelle fälschlicherweise von identischen Unterarmumfängen ausgegangen, obwohl diese gemäss Untersuchung nicht identisch seien. Ebenso könne nicht nachvollzogen werden, weshalb der Gutachter einerseits postuliere, dass an der rechten Hand keine messbare Kraft feststellbar sei und von einer Einhändigkeit der Beschwerdeführerin ausgehe, dies jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit derjenigen haben solle.

Bezüglich der Problematik, dass Dr. X.____ als Somatiker psychiatische Diagnosen stellt und auch beurteilt, kann auf die vorstehende E. 6.1 verwiesen werden. Werden die dort erwähnten Mutmassungen ausser Acht gelassen, lassen sich auch die übrigen von der Beschwerdeführerin kritisierten Unstimmigkeiten ausräumen: So hielt Dr. X.____ fest, die vorhandene symmetrische Muskulatur, die normale Beschwielung und die passive Gängigkeit aller Gelenke liessen eine normale Kraftentwicklung erwarten. Unter Ablenkung sei es ihm auch gelungen einen gegenseitigen Hakengriff auszuführen, wobei die Explorandin sicher zwischen 3 und 5 kg habe entgegenhalten können. Durch die Operation seien die Flexion und Extension je um etwa die Hälfte der Normalfunktion beschränkt, was aber im Alltag kaum je eine Rolle spiele, da sämtliche Bewegungen im Bereich der ersten 40° ausgeführt würden. Diese Befunde stehen sodann in Einklang mit der abschliessenden Einschätzung, dass nur eine geringfügig eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Hand, bei voll leistungsfähigem Bewegungsapparat und anderen körperlichen Funktionen bestehe. Weiter hielt Dr. X.____ fest, dass die Unterarmumfänge weitgehend symmetrisch seien und rechts 31,5 cm, links 33 cm betragen würden. Bei einer weiteren Gelegenheit sprach er von einer symmetrischen Muskulatur. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass der gemessene Unterschied noch im Rahmen einer üblichen Abweichung liegt.

6.2.3 Die Beschwerdeführerin bringt im Weiteren vor, die Konsensbeurteilung im psychiatrischen Gutachten dürfe nicht verwertet werden, da diese bereits am 6. April 2016 verfasst worden sei, obschon die Konsensbesprechung erst am 25. April 2016 stattgefunden habe. Zudem werde der Eindruck vermittelt, dass eine funktionelle Untersuchung durch die Beschwerdeführerin verunmöglicht worden sei. Die Untersuchungen seien jedoch durchgeführt worden und hätten ergeben, dass der rechte Arm nicht einsatzfähig sei. Ebenso sei es versäumt worden, eine prozentuale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festzulegen. Betreffend das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die psychiatrische Beeinträchtigung sei anlässlich der Konsensbesprechung nur ungenügend thematisiert worden, kann auf E. 6.3 verwiesen werden.

Wie bereits erwähnt (vgl. oben E. 5.15) machte Dr. X.____ in dem als Konsensbesprechung betitelten Bericht vom 27. April 2016 darauf aufmerksam, dass die Konsensbeurteilung im Teilgutachten von Dr. W.____ vom 7. April 2016 aufgrund eines Entwurfes verfasst worden und fehlerhaft sei. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts kann auch dann noch auf ein polydisziplinäres Gutachten abgestellt werden, wenn einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 21. März 2017, 8C_747/2016, E. 2.2.4). Dies muss auch gelten, wenn der fehlende Beweiswert lediglich einen Teil des Fachgutachtens betrifft. Vorliegend hat sich offensichtlich ein Missverständnis ereignet. Das bidisziplinäre Gutachten und die gemeinsame Konsensbesprechung vom 27. April 2016 lassen auch ohne die Konsensbeurteilung aus dem Teilgutachten von Dr. W.____ vom 7. April 2016 eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, weshalb die Konsensbeurteilung im Teilgutachten von Dr. W.____ vom 7. April 2016 ausser Acht gelassen werden kann. Da die von der Beschwerdeführerin kritisierte Aussage bezüglich der Vereitelung einer funktionellen Untersuchung vor dem Hintergrund der in E. 6.1 gemachten Ausführungen gesehen werden muss, ist darauf nicht näher einzugehen. Im Übrigen ist nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin trotz festgestellter voller Arbeitsfähigkeit eine prozentgenaue Nennung derjenigen verlangt.

6.2.4 Es ist somit grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. W.____ und X.____ abgestellt hat. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhaltes zu, so ist dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin, wonach die Angelegenheit zur erneuten Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei, nicht stattzugeben. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht Beweisanträge zu stellen und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen – wie im vorliegenden Fall – ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Dem Gutachten von Dr. W.____ kann zudem entnommen werden, dass zu Ende der Untersuchung eine weitere Befragung der Beschwerdeführerin nicht mehr möglich war, da die Beschwerdeführerin weinend auf dem Sofa gelegen sei und keine Fragen mehr beantwortet habe. Bereits bei früheren Untersuchen hatte sich gezeigt, dass die Kooperationsbereitschaft der Beschwerdeführerin begrenzt ist (vgl. oben E. 5.10). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass eine weitere Untersuchung auch aus diesem Grund keine neuen Ergebnisse hervorbringen würde. Es erübrigt sich somit, die Angelegenheit zur erneuten Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dem diesbezüglichen Eventualbegehren der Beschwerdeführerin kann daher nicht entsprochen werden.

6.3 Es ist festzuhalten, dass es sich bei der Diagnose der „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ um ein unklares Beschwerdebild im Sinne der Rechtsprechung zu BGE 141 V 281 ff. handelt, womit im Gutachten eine Indikatorenprüfung vorzunehmen gewesen wäre. Da dies nicht erfolgt ist, ist in nun zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 309 E. 8). Vorliegend ist – wie nachfolgend aufgezeigt wird – eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren möglich und eine weitere medizinische Abklärung dementsprechend nicht angezeigt. Anhand der Standardindikatoren muss nun geprüft werden, ob sich die festgestellte „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ invaliditätsbegründend auswirkt (vgl. oben E. 4.2.2). Dabei ist zunächst der „funktionelle Schweregrad“ anhand des ersten Indikatorenkomplexes „Gesundheitsschädigung“ zu eruieren. Diesbezüglich lässt sich festhalten, dass sowohl Dr. W.____ als auch die Gutachter des L.____ die Diagnose „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ stellten. Diese habe jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Die Gesundheitsschädigung ist damit nicht als besonders schwer einzustufen. Die Beschwerdeführerin lebt mit ihrem Mann und ihren drei Kindern in einer Mietwohnung. Der Haushalt wird grösstenteils von ihren Familienmitgliedern erledigt. Zu Terminen muss sie begleitet werden, allerdings hat sie ihre Selbständigkeit

nicht ganz verloren. Ihr Tagesablauf ist weitgehend unstrukturiert. Sie steht Mitte des Morgens auf und nimmt ein Frühstück ein. Dann geht sie eine halbe bis ganze Stunde spazieren. Sie schaut tagsüber oft fern und schläft dabei ein. Ihr Appetit ist eher angeregt. Nachts geht sie zu unterschiedlichen Zeiten zu Bett, der Schlaf ist unterbrochen. Die Beschwerdeführerin verhält sich nach dem Gesagten passiv und ihr Alltag erscheint leicht beeinträchtigt. Dr. X.____ hält in seinem Teilgutachten einerseits ausdrücklich fest, dass keine Simulation vorliege, da er sich nicht vorstellen könne, dass die Patientin einen Krankheitsgewinn in dieser Reaktion selber gesucht habe, andererseits stellte er bei der Kraftmessung mit dem Jamar Vigormeter fest, dass die Hand gar nicht richtig um das Instrument gedrückt werde. Im Gutachten von Dr. W.____ wie auch schon im älteren Gutachten des L.____ wird beschrieben, dass das Verhalten der Explorandin derart auffällig sei, dass es nicht mit der Beschwerdesymptomatik in Einklang gebracht werden könne. Sie wirke im Verhalten deutlich übertrieben und nicht glaubhaft. Die Befunde seien daher recht inkonsistent. So könne etwa nicht nachvollzogen werden, weshalb die Explorandin beispielsweise keine genauen Angaben die Schmerzen betreffend machen könne oder sich nicht besser an der Untersuchung beteiligen könne. Dr. Y.____ hält in seiner Einschätzung fest, dass sich eine deutliche Aggravation zeige (vgl. oben E. 5.23). Dem kann nur teilweise gefolgt werden. Zwar zeigen sich gemäss Gutachten gewisse Aggravationstendenzen, allerdings nicht in derart klarer Form. Es finden psychiatrische Sitzungen im Abstand von 2-3 Wochen statt, jedoch ohne dass eine namhafte Besserung feststellbar wäre. Ihre Medikamente nimmt die Beschwerdeführerin jedoch nicht konsequent ein. Es ist deshalb nicht von einer therapeutisch nicht mehr angehbaren Störung auszugehen. Betreffend den Indikator „Komorbidität“ ist zunächst darauf hinzuweisen, dass gestützt auf die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts der psychischen Komorbidität kein Vorrang mehr zukommt (vgl. BGE 141 V 300 E. 4.3.1.3). Vorliegend ist in somatischer Hinsicht die Diagnose Status nach TFCC Refixation am Handgelenk, lunotriquetrale Bandaugmentation und Ulnaverkürzungsosteotomie rechts zu erwähnen. Aus psychiatrischer Sicht werden keine eigenständigen Diagnosen genannt (vgl. oben E. 5.16). Die Komorbidität ist daher insgesamt als nicht erheblich einzuschätzen. Der Indikatorenkomplex betreffend die eigentliche Gesundheitsschädigung scheint nach dem ausgeführten nicht mehrheitlich erfüllt zu sein. Auf eine abschliessende Würdigung kann indessen unter Berücksichtigung der nachfolgenden Erwägungen verzichtet werden.

6.4 Im zweiten Indikatorenkomplex sind die persönlichen Ressourcen zu prüfen. Dem Gutachten von Dr. W.____ kann entnommen werden, dass die kognitiven Funktionen der Beschwerdeführerin aufgrund der Hyperventilation nicht zuverlässig getestet werden konnten. Indessen bestehen – neben einem undifferenzierten, pauschalisierenden Gedankengang – keine Hinweise auf kognitive Defizite. Trotz festgestellter Affektlabilität war die affektive Modulation vorhanden, psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin im Wesentlichen unauffällig gewesen. Eine Affektpathologie hat nicht festgestellt werden können. Das Bewusstsein der Beschwerdeführerin war klar und sie war allseits orientiert. Ausserdem zeigt sie stabile Beziehungen im privaten Bereich. Insgesamt scheinen die persönlichen Ressourcen damit höchstens leicht eingeschränkt zu sein

6.5 Im dritten Indikatorenkomplex „sozialer Kontext“ ist eine Abgrenzung der psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorzunehmen, welche als invaliditätsfremd auch weiterhin

unbeachtlich bleiben. Diesbezüglich ist vor allem anzuführen, dass die Beschwerdeführerin innerhalb der Familie gut verankert zu sein scheint. Sie pflegt gute Beziehungen zu ihrem Mann und ihren Kindern, die sie unterstützen. Ausserdem hält sie sich oft bei ihrer Schwägerin auf. Manchmal trifft sie Verwandte oder Bekannte und spricht mit ihnen oder geht mit dem Ehemann etwas hinaus. Einmal jährlich reist sie in die Heimat um ihre Familie zu besuchen.

6.6 Als nächster Schritt ist eine Konsistenzprüfung vorzunehmen. Dabei wird berücksichtigt, ob die diskutierte Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit genauso ausgeprägt ist wie die Einschränkung in den sonstigen Lebensbereichen und ob die angebotenen Therapien wahrgenommen werden oder ob Behandlungen ausgelassen werden. Die Beschwerdeführerin nimmt aktuell psychiatrische Sitzungen im Abstand von 2-3 Wochen wahr. Eine somatische Therapie findet nicht mehr statt. Ihre Medikamente nimmt sie nicht konsequent ein, was als Indiz dafür zu werten ist, dass der geschilderte Schmerz grösser ist als der tatsächlich erlebte. Die Einschränkungen im Alltag der Beschwerdeführerin erscheinen letztlich als marginal. Aufgrund der Indikatoren ist eine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht plausibel. Es ist hingegen davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin über ausreichende Ressourcen verfügt, welche auch im Erwerbsleben verwertbar erscheinen. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im bidisziplinären Gutachten erweist sich damit auch unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung als nachvollziehbar.

6.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin sich zu Recht auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. W.____ und X.____ abgestützt hat. Die Indikatorenprüfung hat ergeben, dass der festgestellten „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ vorliegend keine invalidisierende Wirkung zukommt. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sie der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit zumutet.

7.1 Wie eingangs ausgeführt (vgl. oben E. 2.3) ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG). Die Berechnung des Valideneinkommens wurde von der Beschwerdeführerin – zu Recht – nicht bemängelt. In Bezug auf die Berechnung des Invalideneinkommens wurde jedoch kritisiert, dass ihr aufgrund ihrer Einhändigkeit sowohl in ihrer angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit nur noch ein sehr begrenztes Einsatzspektrum offenstehe. Daher sei nicht auf den Durchschnittslohn aller Löhne, sondern auf denjenigen des Wirtschaftszweiges sonstige persönliche Dienstleistungen (vgl. Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012, Tabelle TA1, Privater Sektor, Sonst. Persönliche Dienstleistungen [96], Anforderungsniveau 1, Frauen) abzustellen.

Wie die Beschwerdegegnerin richtigerweise ausführt, ist die geltend gemachte Einschränkung nicht über eine Differenzierung innerhalb der LSE, sondern allenfalls über einen leidensbedingten Abzug zu berücksichtigen. Als massgeblicher statistischer Lohnansatz gelten grundsätzlich die Lohnverhältnisse im gesamten privaten Sektor. Davon kann ausnahmsweise abgewichen werden, wenn der versicherten Person aufgrund ihrer Behinderung alle produktionsnahen Tätigkeiten verschlossen sind und sie praktisch nur noch im Dienstleistungssektor beschäftigt

werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2001, U 240/99, E. 3.c/cc). Gemäss Konsensbesprechung des bidisziplinären Gutachtens besteht funktionell eine nur geringfügig eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Hand, bei voll leistungsfähigem restlichem Bewegungsapparat und anderen körperlichen Funktionen. Dr. X.____ hält zudem in seinem Teilgutachten fest, dass die festgestellte Einschränkung im Alltag praktisch nie eine Rolle spielt. So hält denn auch Dr. Y.____ in seiner Einschätzung vom 10. Mai 2016 eine Arbeitsfähigkeit für leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen über 10 kg und ohne repetitive Umwendbewegungen mit der rechten Hand fest. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführerin alle produktionsnahen Tätigkeiten verschlossen bleiben und es ist als massgeblicher statistischer Lohnansatz von den Lohnverhältnissen im gesamten privaten Sektor auszugehen.

7.2 Die Beschwerdeführerin bringt zudem vor, ihr sei ein leidensbedingter Abzug zu gewähren. Ein solcher sei im Vorbescheid in Aussicht gestellt, in der Verfügung nun aber als ungerechtfertigt erachtet worden. Der Beschwerdeführerin ist zwar zuzustimmen, dass nicht nachvollzogen werden kann, weshalb ein leidensbedingter Abzug im Vorbescheid in Aussicht gestellt und nun ohne Begründung gestrichen wurde. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass bei einem korrekt ermittelten Invaliditätsgrad von 14 % selbst bei Gewährung eines vollen leidensbedingten Abzuges von 25 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde, weshalb die Frage offen gelassen werden kann. Dennoch ist festzustellen, dass vorliegend die Gewährung eines leidensbedingten Abzuges wohl als angemessen erscheinen würde.

8. Nach dem Ausgeführten ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 14. Oktober 2016 ist nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

9. Es bleibt über die Kosten zu befinden.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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 1000.– festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 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 20. November 2016 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

9.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 20. November 2016 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 (in der seit 1. Januar 2014 geltenden Fassung) beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.– pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 28. Februar 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 15.25 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 152.10. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3‘458.25 (15.25 Stunden à Fr. 200.– + Auslagen von Fr. 152.10. zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.3 Die Beschwerdeführerin wird jedoch 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 **e r k a n n t** :

://: 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. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

   Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3‘458.25 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

http://www.bl.ch/kantonsgericht