



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

**vom 26. März 2015 (720 14 327)**

---

**Invalidenversicherung**

**Anspruch auf IV-Rente verneint; Drogensucht als solche führt nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wird im Rahmen der Invalidenversicherung jedoch relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt**

---

Besetzung                      Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger  
Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Margit Campell

---

Parteien                      A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Michelle Wahl, Advoka-  
tin, Fischmarkt 12, 4410 Liestal

gegen

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

---

Betreff                      IV-Rente

A.1     A.\_\_\_\_ hat eine Ausbildung als Detailhändlerin beim B.\_\_\_\_ abgeschlossen und war zuletzt bis Ende Januar 2012 in einem 80% Pensum als Pflegehilfe in einem Altersheim tätig.

Sie meldete sich erstmals am 24. November 2009 unter Hinweis auf körperliche und psychische Beschwerden sowie eine Drogensucht bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte die gesundheitlichen und die erwerblichen Verhältnisse ab. Mit Verfügung vom 2. Oktober 2012 lehnte sie das Leistungsbegehren der Versicherten aufgrund eines rentenausschliessenden IV-Grads von 0% ab.

A.2 Am 19. Oktober 2012 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an, wobei sie unter Hinweis auf Depressionen, Rückenbeschwerden (Diskushernie) und eine Drogenproblematik eine berufliche Integration und eine Rente beantragte. Die IV-Stelle untersuchte wiederum den beruflichen und gesundheitlichen Sachverhalt. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Abklärungen kam sie - nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren - in der Verfügung vom 11. September 2014 zum Schluss, dass A.\_\_\_\_ keinen Anspruch auf eine Rente habe.

B. Hiergegen richtet sich die Beschwerde, welche die Versicherte, vertreten durch Advokatin Michelle Wahl, am 14. Oktober 2014 beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), erhob. Sie beantragte, dass die Verfügung vom 11. September 2014 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, ihr ab 1. Mai 2013 eine ganze IV-Rente auszurichten. Weiter sei ihr die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit der Unterzeichneten zu gewähren. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass die Vorinstanz sich in ihrem Entscheid auf unzureichende medizinische Berichte stütze.

D. Mit Verfügung vom 20. Oktober 2014 bewilligte das Kantonsgericht der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Wahl.

E. Zur Beschwerde liess sich die IV-Stelle am 12. Dezember 2014 vernehmen und beantragte deren Abweisung. Weiter reichte sie eine Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), vom 3. November 2014 und ein Schreiben von Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. November 2014 ein.

F. Hierzu liess sich die Beschwerdeführerin durch ihre Rechtsvertreterin am 13. Januar 2015 vernehmen und beantragte weiterhin die Gutheissung der Beschwerde und die Ausrichtung einer ganzen Rente.

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 beur-

teilt 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 der Versicherten vom 14. Oktober 2014 ist demnach einzutreten.

2. Materiell strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2013 Anspruch auf eine ganze IV-Rente hat.

3.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 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 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).

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

3.3.1 Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wird im Rahmen der Invalidenversicherung jedoch relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 99 V 28; AHI 2002 S. 28, I 454/99). Daraus folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2013, 9C\_856/12, E 2.1 f. mit Hinweisen). Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Ge-

sundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299): Wo der Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG]; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen [Bundesgericht], vom 6. November 2006, Urteil I 955/05, E. 3.3.2).

3.3.2 Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c S. 103; ULRICH MEYER/MARKUS REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, S. 30 ff.) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht - einem Symptom gleich - Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt (Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2013, 9C\_856/2012, E. 2.2.2 mit Hinweis auf die Urteile des EVG vom 6. Dezember 1991, I 74/91, E. 4d, in: ZAK 1992 S. 169, und vom 19. Juni 2002, I 390/01, E. 2b). Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt (erwähntes Urteil I 74/91 E. 4d in fine). Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (vgl. SVR 2012 IV Nr. 32 S. 127, 9C\_776/2010, E. 2.3.3 mit Hinweisen).

3.4 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der

Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, 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 (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHl 2002 S. 70 E. 4b/cc).

4.2 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

5.1 Im vorliegenden Fall geben im Wesentlichen nachfolgende Berichte Auskunft über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin:

5.2 Im Rahmen der Erstanmeldung wurde die Beschwerdeführerin im E.\_\_\_\_\_ polydisziplinär untersucht. Im Gutachten vom 22. September 2009 wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Ohne Auswirkung darauf bestünden (1) Alkoholmissbrauch (ICD-10 F10.2), (2) Opiatabhängigkeit (zurzeit substituiert, ICD-10 F11.22), (3) Kokainabhängigkeit (zurzeit abstinent, ICD-10 F14.20), (4) Benzodiazepinabhängigkeit (zurzeit abstinent, ICD-10 F13.20), (5) Status nach lumbovertebralem Syndrom bei leichter skoliotischer Fehlhaltung und Chondrose bei L4/5 (Röntgen vom 3. April 2006) und (6) Status nach Kniegelenksdistorsionstrauma, anamnestisch und klinisch unauffällig, (7) Status nach Fraktur an der Basis des Metacarpale V der rechten Hand, klinisch gut verheilt und (8) Status nach multiplen Abszessen und Ulzerationen an beiden Unterarmen und an beiden Beinen bei Status nach infizierten Ulzerationen am medialen Unterschenkel rechts mehr als links mit Sta-

tus nach Débridement und Spalthautdeckung und geringgradig sekundäre Stauungsödembildung am rechten Fussrücken und am distalen rechten Unterschenkel. In der Beurteilung wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen einer strafrechtlichen Massnahme seit vier Jahren eine psychiatrische Therapie besuche, bei welcher sie alle zwei bis vier Wochen wegen Drogen- und Alkoholproblemen einen Untersuchungstermin wahrnehme. Sie habe im Alter von 17 Jahren begonnen, Drogen (Heroin, später auch Kokain) zu konsumieren. Seit sie diese Substanzen nicht mehr einnehme, trinke sie Alkohol; sie sei auch zur Untersuchung im E.\_\_\_\_ leicht alkoholisiert erschienen. Es sei unklar geblieben, wie die Abhängigkeitserkrankung einzuschätzen und inwieweit eine allfällige Persönlichkeitsproblematik vorhanden sei. Mit Blick auf das im Untersuchungszeitpunkt volle Arbeitspensum im Altersheim als Pflegehilfe sei jedoch davon auszugehen, dass sie - solange sie keine Suchtmittel nehme - voll arbeitsfähig sei. Im Rahmen der Konsensbesprechung kam die untersuchende Ärzteschaft (Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, Dr. med. G.\_\_\_\_, FA Orthopädische Chirurgie, Dr. D.\_\_\_\_) zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten Tätigkeit als Pflegehilfe als auch in einer Verweistätigkeit vollschichtig arbeitsfähig sei. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Begutachtung lehnte die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 2. Oktober 2012 ab.

5.3 Nachdem sich die Beschwerdeführerin am 19. Oktober 2012 erneut bei der IV-Stelle angemeldet hatte, holte diese verschiedene Arztberichte ein, welche sich zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten aussprachen. Im Wesentlichen sind nachfolgende zu berücksichtigen:

5.3.1 Dem Bericht der H.\_\_\_\_ vom 5. November 2012, wo sich die Beschwerdeführerin vom 9. bis 26. Oktober 2012 aufgehalten hat, werden psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide im Sinne eines Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.2) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) genannt. Die Beschwerdeführerin sei durch ihren Psychiater Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zum geplanten Entzug (Heroin und Alkohol) zugewiesen worden. Nach dem Tod ihres Ehemannes im Mai (2012) habe sie vermehrt Heroin und Alkohol konsumiert, nachdem sie 7 Jahre abstinent gewesen sei.

5.3.2 Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, diagnostizierte am 14. Dezember 2012 (1) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode, (2) eine Polytoxikomanie, iv Drogenabusus und Aethyl, Status nach 7-jähriger Abstinenz, (3) ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei aktivierter Osteochondrose LWK4/5, (4) eine chronische Hepatitis C, (5) COPD bei persistierendem Nikotinabusus und (6) einen Status nach Trimalleolarfraktur mit Osteosynthes Malleolus medialis und lateralis. Die Beschwerdeführerin sei zwecks Stabilisierung der Psyche (seit anfangs 2012) bis Ende 2012 nicht arbeitsfähig, ab Januar 2013 sei ihr die bisherige Tätigkeit als Pflegehelferin im Umfang von 50% zumutbar.

5.3.3 Dr. I.\_\_\_\_ nannte am 20. Januar 2013 als Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (1) eine Cluster B Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV\_TR (ICD-10 F 60, differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsstörung und eine Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns, ICD-10 F 07), (2) eine rezidivieren-

de depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), (3) den plötzlichen Tod des Ehemannes (ICD-10 Z63.4), anamnestisch Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2), (4) eine Opiatabhängigkeit, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11.22), (5) eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinente, aber in Behandlung mit aversivem und hemmendem Medikament (ICD-10 F10.23), (6) eine Benzodiazepinabhängigkeit, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F3.22), (7) eine Kokainabhängigkeit, gegenwärtig abstinente und Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 14.20), (8) ein Stauungsödem am rechten Bein bei Status nach multiplen Abszessen und Ulzerationen an allen vier Extremitäten und Status nach operativem Débridement und Spalthautdeckung, (9) eine Trimalleolarfraktur medial und lateral am 29. Dezember 2011, (10) Rückenprobleme und (11) eine Hepatitis C. Gestützt auf diese Diagnosen sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 80% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

5.3.4 Die IV-Stelle veranlasste sodann eine Begutachtung der Beschwerdeführerin bei Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. D.\_\_\_\_. Dr. K.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 22. August 2013 fest, dass aus somatischer und rheumatologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Es bestehe ein unauffälliger neurologischer und rheumatologischer Status. Er attestierte jedoch eine deutliche Zunahme der Osteochondrose und vor allem der Spondylose auf Höhe L4/5. Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit unter Vermeidung von repetitivem Heben von schweren Lasten (vor allem von betagten Patienten) sowie von wiederholten Tätigkeiten mit Zwangshaltung (insbesondere der Lendenwirbelsäule [LWS]), voll arbeitsfähig mit einer Leistungsverminderung von 10% bis 15%. Sie sei auch in der Ausübung einer Verweistätigkeit (wechselbelastend sitzend, stehend und gehend, bei einer Sitzdauer von gut 2 Stunden, Stehdauer 2-3 Stunden, Heben bis 20 kg [jedoch kurzzeitig]) voll arbeitsfähig. Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte am 24. Dezember 2013 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), Opiatabhängigkeit, gegenwärtig substituiert (ICD-10 F11.22), Kokainabhängigkeit, gegenwärtig abstinente mit Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 14.20) und eine Benzodiazepinabhängigkeit, gegenwärtig abstinente (ICD-10 F13.20). In der Beurteilung führte er aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine langjährige Abhängigkeitsproblematik bestehe, die sie teilweise gut bekämpfen könne. Zeitweise komme es jedoch - je nach Belastungsfaktoren - zu Wiederkonsum von verschiedenen Stoffen. Immerhin sei die Beschwerdeführerin nach erneutem Konsum von Drogen und Alkohol motiviert gewesen, einen stationären Entzug durchzuführen und es sei ihr auch gelungen, zumindest den Drogenkonsum konsequent zu stoppen. Aktuell trinke sie noch Alkohol. Sie scheine mit depressiven Verstimmungen zu kämpfen, die ein mittelschweres Ausmass angenommen hätten. Es fänden sich aber keine Hinweise auf eine gravierende affektive Störung. Inwieweit tatsächlich eine Persönlichkeitsproblematik vorliege, könne aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben nicht eruiert werden. Auch der behandelnde Psychiater mache keine diesbezüglichen Ausführungen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht 100% arbeitsfähig sei. Unter Berücksichtigung der rheumatologischen Beschwerden sei ihr jedoch eine Tätigkeit unter Vermeiden von repetitiven Heben von schweren Lasten (vor allem von betagten Personen) sowie von wie-

derholten Tätigkeiten in Zwangshaltungen (vor allem der LWS) mit einer Leistungsverminderung von 10% bis maximal 15% zumutbar. Ideal sei eine wechselbelastende Tätigkeit mit einer Sitzdauer von gut 2 Stunden, einer Stehdauer von 2 - 3 Stunden sowie kurzzeitigem Heben bis 20 kg.

5.3.5 Dr. I.\_\_\_\_ nahm am 29. Juni 2014 im Rahmen des Vorbescheidverfahrens zum Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ Stellung, wobei er seine Kritik auch auf dessen Ausführungen im Rahmen der Begutachtung beim E.\_\_\_\_ (Gutachten vom 22. September 2009) bezog. Dr. I.\_\_\_\_ hielt fest, dass auf die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne, weil diese sowohl formal wie inhaltlich unvollständig, fehlerhaft und lückenhaft seien. Seine Gutachten würden in mehreren Punkten den "Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung" der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP; nachfolgend Qualitätsleitlinien SGPP) vom Februar 2012 widerspreche. So habe Dr. D.\_\_\_\_ weder bei der H.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin seit 2006 suchtspezifisch betreue, noch bei den behandelnden Ärzten einen Bericht oder eine Auskunft eingeholt. In beiden Gutachten fehle zudem die genaue Untersuchungsdauer und er habe keine neuropsychiatrische Begutachtung veranlasst, obwohl eine solche empfohlen worden sei. Schliesslich hielt Dr. I.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren 100% arbeitsunfähig sei.

5.3.6 Dr. D.\_\_\_\_ widersprach diesen Ausführungen am 24. Juli 2014 und wies darauf hin, dass der behandelnde Psychiater seine Diagnosestellung nicht näher begründe und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht darlege. So würde Dr. I.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 20. Januar 2014 verschiedene Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nennen, welche diese bei objektiver Betrachtung und gemäss allgemein gültigen Richtlinien jedoch nicht beeinflussen könnten. Weiter verweise er auf die Qualitätsleitlinien der SGPP, ohne diese selbst anzuwenden. Es sei daher nicht möglich, eine andere Beurteilung der medizinischen Situation vorzunehmen.

5.6.7 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte ein. Die H.\_\_\_\_ bestätigte am 26. September 2014, dass die Beschwerdeführerin seit dem 17. Oktober 2005 in ihrer Institution behandelt werde. Weiter wurde daraufhin gewiesen, dass die Beschwerdeführerin an verschiedenen F-Diagnosen nach ICD-10 leide und sie seit Dezember 2011 zu 100% arbeitsunfähig sei. Dr. I.\_\_\_\_ betonte in seiner Stellungnahme vom 3. Oktober 2014 erneut, dass die Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ aus den bereits erwähnten Gründen nicht als Entscheidungsgrundlage dienen könnten. Schliesslich hielt Dr. J.\_\_\_\_ am 25. Oktober 2014 fest, dass die Beschwerdeführerin mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an einer Polyttoxikomanie bei Status nach Heroin-, Kokain- und chronischem Aethylabusus (unter Substitutionsbehandlung mit Antabus und Subutex), einem Status nach Tenotomie der langen Bizepssehne (offene AC-Reposition, transossäre coracoclave Fixation sowie laterale Clavicularesektion am 3. April 2013 bei einer AC-Luxation Typ II rechts am 16. Februar 2013), an einem lumboradikulären/lumbospondylogenen Syndrom L5/S1 rechts mehr als links bei Diskushernie L4/5 links und an einer Cluster B Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV, einer rezidivierenden Störung und anamnestisch an einer Bulimia nervosa leide. Zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit führte sie aus, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Beschwerden psychisch beschränkt belastbar sei. In der Vergangenheit sei es bei erhöhtem Druck und den auf dem freien Arbeits-

markt üblichen Leistungsansprüchen wiederholt zur Verschlechterung der psychischen Gesundheit gekommen. Psychosoziale Belastungssituationen könnten von der Beschwerdeführerin nicht mehr ohne weiteres kompensiert werden. Sie sei jedoch stets sehr bemüht gewesen, an ihrer Gesundheit und an der Stabilisierung ihrer Erkrankung mitzuarbeiten. Das Rückenleiden sei chronifiziert und verunmögliche eine körperlich mittelschwere bis schwere Arbeit. Andauerndes Sitzen und Stehen seien der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Auch der Umgang mit den Schmerzen dürfte durch das psychiatrische Leiden negativ beeinflusst werden. Die Beschwerdeführerin sei ihres Erachtens nur noch in geschütztem Rahmen arbeitsfähig. Eine solche Arbeit mit angepasstem Anforderungsprofil würde sich positiv auf die Erkrankung auswirken.

5.3.8 Zu den vorgenannten Berichten nahm Dr. D.\_\_\_\_ am 19. November 2014 Stellung. Er führte aus, Dr. I.\_\_\_\_ gebe keine Hinweise für die Annahme, dass hereditäre Faktoren bezüglich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestünden. Zudem müsse gemäss ICD-10 davon ausgegangen werden, dass hereditäre Faktoren gar nicht ausschlaggebend seien für diese Diagnose. Ebenso wenig seien die durch den behandelnden Psychiater genannte Essstörung und die schwere Abhängigkeitserkrankung beweisend für eine Persönlichkeitsstörung. Soweit Dr. I.\_\_\_\_ erneut eine neuropsychologische Abklärung verlange, sei darauf hinzuweisen, dass - solange eine toxische Beeinträchtigung vorliege - eine solche wenig Sinn mache. Zum Bericht der H.\_\_\_\_ vom 26. September 2014 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin bis zum Unfall im Dezember 2011, bei welchem sie sich eine Trimalleolarfraktur zugezogen habe, 100% arbeitsfähig gewesen sei und gearbeitet habe. Weiter würden die genannten Diagnosen weder begründet noch gehe aus dem Bericht hervor, auf welcher Grundlage sie basieren würden. Zusammenfassend hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass eine verlässliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur möglich sei, wenn die Beschwerdeführerin keine Suchtmittel konsumiere. Dies gelte auch in Bezug auf eine neuropsychologische Abklärung und Beurteilung einer allfälligen hirnororganischen Beeinträchtigung. Unklar bleibe auch, weshalb die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit in der Lage gewesen sei, einer Arbeit nachzugehen und dies nach der erlittenen Fussverletzung aufgrund der psychischen Symptomatik nicht mehr möglich sein soll. Eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit könne zwar nachvollzogen werden, wenn die Beschwerdeführerin Suchtmittel konsumiere und dadurch kognitiv eingeschränkt sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht müsse die Arbeitsfähigkeit aber ohne Einfluss von Suchtmitteln beurteilt werden.

6.1 Die IV-Stelle stütze sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen die Dres. K.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ in ihrem bidisziplinären Gutachten vom 22. August/24. Dezember 2013 sowie Dr. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2014 gelangten. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit 100% arbeitsfähig sei, wobei ein Rendement von 10% bis maximal 15% zu berücksichtigen sei. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete

Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. So ist in Bezug auf die Beurteilungen der Dres. K.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ gesamthaft festzustellen, dass sie für die streitigen Belange umfassend sind, die geklagten Beschwerden berücksichtigten, auf eigenen Untersuchungen sowie auf Kenntnis der Vorakten beruhen, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge einleuchten und in der Bewertung der medizinischen Situation nachvollziehbar und schlüssig sind. Dr. K.\_\_\_\_ nahm in seinem Teilgutachten auf alle somatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin (Schulter, lumbale Beschwerden, Knie rechts und Fuss links) Bezug und kam dabei zum Schluss, dass aus rheumatologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden könnten. Er erachtete die Beschwerdeführerin daher zu Recht als in einer ihren Beschwerden adaptierten Tätigkeit 100% arbeitsfähig mit einem Rendement von 10% - 15%. Diese Einschätzung überzeugt und wird auch von der Beschwerdeführerin nicht substantiell beanstandet. Dr. D.\_\_\_\_ hielt gestützt auf seine persönliche Untersuchung fest, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des erhobenen psychischen Befundes nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Ihr sei jede Tätigkeit in vollem Umfang möglich, sofern sie keine Suchtmittel konsumiere, eine Abstinenz sei ihr zumutbar. Diese Einschätzung der psychiatrischen Situation ist ebenfalls nicht zu bemängeln. Dr. D.\_\_\_\_ weist in seinem Gutachten und seinen Stellungnahmen überzeugend nach, dass die bei der Beschwerdeführerin festgestellten funktionellen Einschränkungen im Zusammenhang mit dem Konsums von Suchtmitteln stehen und damit nicht Folge einer selbstständigen Gesundheitsschädigung sind (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Da die von Dr. D.\_\_\_\_ erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen ihre Begründung in der langjährigen Abhängigkeitsproblematik der Beschwerdeführerin haben, ging er zu Recht davon aus, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht kein psychischer Gesundheitsschaden (vgl. oben E. 3.3) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt. Ein solcher wäre – wie Dr. D.\_\_\_\_ richtig festhält - aus versicherungsmedizinischer Sicht nur zu bejahen, wenn auch unter Ausschluss des Einflusses von Suchtmitteln ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert bestehen würde. Da bei der Beschwerdeführerin jedoch neben der Suchtmittelabhängigkeit keine selbstständigen Gesundheitsschäden vorliegen, die im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. oben E. 3.3.) invalidisierend sind, ist sie aus psychiatrischer Sicht nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden.

6.2.1 Daran ändern die Ausführungen der Beschwerdeführerin nichts. Sie macht geltend, dass sie an einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, welche durch die Einnahme von Opioiden verursacht worden sei, und an einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode leide. Sie sei in langjähriger Behandlung bei ihrem Psychiater Dr. I.\_\_\_\_ sowie in der H.\_\_\_\_. Es erfolge auch eine kontrollierte Medikamenteneinnahme mit Antabus und Subutex (Methadonersatz). Daneben leide sie unter körperlichen Beschwerden in Form von Rückenschmerzen, welche durch die Hausärztin Dr. J.\_\_\_\_ behandelt würden. Diese Beschwerden bewirkten gesamthaft eine Arbeitsunfähigkeit von über 80%.

6.2.2 Die Beschwerdeführerin stützt sich in ihrer Begründung auf die vom Gutachten der Dres. K.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 22. August/24. Dezember 2013 abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte Dr. I.\_\_\_\_, Dr. J.\_\_\_\_ und der H.\_\_\_\_. In diesem Zusammenhang ist bereits an dieser Stelle auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mit-

unter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5. S. 470). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen, doch übersieht die Beschwerdeführerin bei ihrer Kritik, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zulässt, 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 diese wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Gesichtspunkte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts vom 16. September 2013, 9C\_425/2013, E. 4.1 und vom 14. Februar 2011, 8C\_642/2102, E. 5.2). Solche Aspekte legt die Beschwerdeführerin nicht substantiiert dar und sind - wie nachfolgend aufgezeigt wird - nicht ersichtlich.

6.2.3.1 Die als Bestätigung bezeichneten Eingabe der H.\_\_\_\_ vom 26. September 2014 ist in Hinblick darauf, dass sich die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren in Behandlung ihrer Institution befindet, zu kurz und unbegründet, um die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ in Zweifel ziehen zu können. Es bleibt aufgrund der Ausführungen im Bericht unklar, aufgrund welcher Erhebungen die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom, einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, einer sonstigen organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns, eines Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinente bzw. gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm und einer Bulimia nervosa gestellt werden. Der Bericht der H.\_\_\_\_ ist daher nicht ausreichend beweiskräftig, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann

6.2.3.2 Ebenso wenig kann auf den Ausführungen der behandelnden Hausärztin Dr. J.\_\_\_\_ gefolgt werden. In der zuletzt eingereichten Stellungnahme vom 25. Oktober 2014 erachtet sie die Beschwerdeführerin als nur noch in geschütztem Rahmen arbeitsfähig. Sie sei infolge der psychiatrischen Erkrankungen beschränkt belastbar und psychosoziale Belastungssituationen könnten von ihr nicht mehr ohne weiteres kompensiert werden. Zudem sei das Rückenleiden chronifiziert; es verunmögliche eine körperlich mittelschwere bis schwere Arbeit. In Bezug auf die lumbalen Beschwerden ist mit Blick auf die Ausführungen von Dr. K.\_\_\_\_ festzuhalten, dass auch er in Übereinstimmung mit Dr. J.\_\_\_\_ davon ausgeht, dass der Beschwerdeführerin nur noch körperlich leichte adaptierte Tätigkeiten zumutbar sind. Insofern bestehen keine Differenzen zur Einschätzung im Gutachten. Betreffend die psychiatrischen Diagnosen ist zunächst festzustellen, sie nicht aussagekräftig darlegt, weshalb die Beschwerdeführerin nur noch im geschützten Rahmen arbeitsfähig und beschränkt belastbar sein soll. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass Dr. J.\_\_\_\_ in psychiatrischer Hinsicht die Fachkompetenz fehlt, weshalb ihre Ausführungen nicht geeignet sind, an den Ausführungen des Facharztes Dr. D.\_\_\_\_ ernsthafte Zweifel aufkommen zu lassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2013, 8c\_366/2013, E. 3.3 und E. 3.5.2). Somit Erfüllen die Einschätzungen von Dr. J.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2014 die rechtsprechungsgemässen Kriterien beweiskräftiger medizinischer Berichte nicht und ver-

mögen zu keinem anderen Ergebnis als im Gutachten der Dres. K.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ zu führen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3).

6.2.3.3 Dies trifft letztlich auch auf die Berichte von Dr. I.\_\_\_\_ zu. Soweit er moniert, dass Dr. D.\_\_\_\_ sich nicht an die Qualitätsleitlinien SGPP halte und weder die Untersuchungsdauer angegeben noch fremdanamnestische Auskünfte eingeholt habe, ist zunächst festzustellen, dass sich die vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) für alle zuhanden der Invalidenversicherung erstellten Gutachten als verbindlich erklärten Qualitätsleitlinien SGPP blosser Handlungsempfehlungen darstellen und keinen rechtlich verbindlichen Charakter haben, weshalb im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann (BGE 140 V 260 E. 3.2.2 mit Hinweisen auf IV-Rundschreiben Nr. 313 vom 6. Juni 2012; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen, auf BGE 133 V 587 E. 6.1). Auch wenn ein Gutachten ohne Berücksichtigung der Qualitätsleitlinien SGPP erstellt wurde, bedeute dies nicht, dass dessen Qualität allein aus diesem Grund in Zweifel zu ziehen wäre. Vielmehr ist auch in diesen Fällen zu prüfen, ob das Gutachten den bundesgerichtlichen Anforderungen an einen beweistauglichen Arztbericht entspricht, was vorliegend in Bezug auf die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ - wie bereits mehrfach erwähnt - zutrifft. Dr. I.\_\_\_\_ gelingt es denn auch nicht aufzuzeigen, inwiefern ein allfälliger Verstoss von Dr. D.\_\_\_\_ gegen diese Qualitätsleitlinien SGPP einen Einfluss auf die Qualität des Gutachtens haben soll. Soweit er konkret geltend macht, dass die Untersuchungsdauer von Dr. D.\_\_\_\_ zu kurz gewesen sei, vermag er nichts gegen die Beweiskraft des Gutachtens darzutun. Er verkennt dabei, wie bereits die Vorinstanz in der Vernehmlassung vom 12. Dezember 2014 unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts ausführte, dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen kann. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2009, 9C\_170/2009, E. 2.2 mit Hinweisen). Konkrete Hinweise, die unter diesem Aspekt gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von Dr. D.\_\_\_\_ sprechen, werden von der Beschwerdeführerin nicht namhaft gemacht. Sie beschränkt sich vielmehr auf die pauschale Behauptung, die Untersuchung habe lediglich 20 Minuten gedauert und unterlässt es aufzuzeigen, inwiefern sich diese angeblich kurze Untersuchungsdauer konkret negativ in der Qualität und der Aussagekraft des Gutachtens niedergeschlagen haben soll. Zu berücksichtigen ist auch, dass Dr. D.\_\_\_\_ die Untersuchungsdauer auf 45 Minuten beziffert. Auch die Kritik, wonach Dr. D.\_\_\_\_ keine Auskünfte bei den behandelnden Ärzten eingeholt habe, geht fehl. Das Bundesgericht führt diesbezüglich aus, dass die Frage, ob medizinische Gutachter, welche über die vollständigen Akten verfügen, eine Fremdanamnese einholen oder nicht, in deren Ermessen liegt. Das Einholen von Auskünften bei den behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten ist zwar häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2012, 8C\_215/2012, E. 7.4).

6.2.3.4 Dr. I.\_\_\_\_ diagnostizierte (zuletzt in seinem Bericht vom 3. Oktober 2014) bei der Beschwerdeführerin eine Persönlichkeitsstörung, für welche es klare Hinweise auf eine hereditäre Ursache gebe. So sei ihr Vater schwerst alkoholabhängig und ihre Schwester leide ebenfalls an einer Polytoxikomanie. Diesbezüglich ist in Übereinstimmung mit Dr. D.\_\_\_\_ festzuhalten, dass sich einzig gestützt auf diese Gründe nicht ohne weiteres eine Persönlichkeitsstörung im Sinne der ICD-10 begründen lässt. Er weist darauf hin, dass bei Persönlichkeitsstörungen zwar auch sekundäre Störungen, wie zum Beispiel Abhängigkeitserkrankungen auftreten könnten. Dies sei

aber im umgekehrten Fall nicht beweisend für diese Diagnose. Dr. I.\_\_\_\_ selbst bezeichnet die Abhängigkeitserkrankung und die anamnestische Essstörung der Bulimia nervosa der Beschwerdeführerin auch nur als wichtige Hinweise auf eine *mögliche Persönlichkeitsstörung*. Dabei weist er daraufhin, dass es schwierig sei, eine zuverlässige Beurteilung in Bezug auf das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung oder einer organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörung zu stellen. Damit äussert er selbst Zweifel an dieser Diagnose. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass auch das Vorliegen einer (fach-)ärztlich schlüssig festgestellten Diagnose allein für eine Anspruchsberechtigung in der Invalidenversicherung nicht ausreicht. Vorausgesetzt wird zudem, dass die (psychische) Störung nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 2006, I 568/06, E. 5.3.1), was aber vorliegend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan wird. Zwar hat der Suchtmittelkonsum der Beschwerdeführerin unzweifelhaft zur Verstärkung ihrer persönlichen Schwierigkeiten geführt. Andererseits konnte in Phasen von Abstinenz eine Verbesserung der Situation erreicht werden. Sie war zudem bis zu ihrem Unfall Ende Dezember 2011, bei welchem sie sich eine Trimalloelarluxationsfraktur zugezogen hat, welche zwischenzeitlich folgenlos abgeheilt ist, während mehreren Jahren als Pflegehilfe tätig. Die Behauptung des behandelnden Psychiaters, wonach die Beschwerdeführerin seit Jahren wegen ihren psychischen Problemen zu 100% arbeitsunfähig sei, ist daher nicht nachvollziehbar. Auch kann Dr. I.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden, wenn er in seinem Bericht vom 3. Oktober 2014 unter Hinweis auf diskrete Auffassungs-, Merkfähigkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie eine sehr leichte Verlangsamung im formalen Denken eine mögliche Hirnschädigung nennt. Wiederum scheinen auch ihm die Symptome zu wenig ausgeprägt, um diese Diagnose stellen zu können. Dr. D.\_\_\_\_ weist in diesem Zusammenhang denn auch plausibel darauf hin, dass eine solche Begutachtung bei einer toxischen Beeinträchtigung wenig Sinn mache. Wenn die Beschwerdeführerin schliesslich in ihrer Eingabe vom 13. Januar 2015 geltend macht, Dr. D.\_\_\_\_ beantworte nicht, ob eine primäre oder eine sekundäre Suchtmittelabhängigkeit vorliege, verkennt sie, dass diese Frage gemäss neuer Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht durch den medizinischen Sachverständigen zu beantworten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2013, 9C\_856/2012, E. 3.1).

6.3. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Dr. D.\_\_\_\_ - im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten - bei der Diagnosestellung klar zwischen Drogenproblematik und eigenständigen Gesundheitsschäden unterschied. Gestützt auf seine Beurteilung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass weitgehend suchtbedingte Einschränkungen vorliegen, die aber in keinem Zusammenhang mit einem versicherten Gesundheitsschaden gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts stehen. Im Endeffekt finden die von den behandelnden Fachpersonen erhobenen Befunde ihre Erklärung in der Sucht, weshalb kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt.

7. Die IV-Stelle stellte daher zu Recht auf die Schlussfolgerungen im bidisziplinären Gutachten der Dres. K.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 22. August/24. Dezember 2013 und die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2014 ab, wonach die Beschwerdeführerin mangels invalidisierendem Gesundheitsschaden in einer adaptierten Tätigkeit 100% arbeitsfähig ist mit einem Rendement von 10%-15%. Das darauf beruhende Ergebnis, infolgedessen die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine IV-Rente hat, ist daher nicht zu beanstanden. Die gegen die

Verfügung vom 11. September 2014 erhobene Beschwerde erweist sich unter diesen Umständen als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

8.1 Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 27. Oktober 2014 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

8.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Beschwerdeführerin in der Verfügung vom 11. September 2014 die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin bewilligt worden ist, ist diese für ihre 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. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 13. Januar 2015 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9.25 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. 144.90. Der Rechtsvertreterin ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'370.50 (10.25 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 144.90 + 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

8.3 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 **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.  
  
Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 600.-- vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.  
  
Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'370.50 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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