



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 22. Februar 2024 (720 23 321 / 49)

Invalidenversicherung

Keine Revision der IV-Rente aufgrund fehlender Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der letzten Rentenverfügung.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Ana Dettwiler, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Liv Engelhardt

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Die 1965 geborene A._____ meldete sich aufgrund von Rheuma, Depression, Herzklopfen, Rückenschmerzen und Knieschmerzen, die sie in ihrer Tätigkeit als Küchenhilfe behindern würden, am 4. Juni 2003 zum Bezug von IV-Leistungen bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) an. Mit Verfügung vom 16. März 2005 sprach die Eidgenössische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung ihr eine halbe IV-Rente zu, wogegen A._____ zuerst Einsprache und

gegen den abweisenden Einspracheentscheid Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherung, (Kantonsgericht) erhob. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe. Das Kantonsgericht wies die Beschwerde mit Urteil vom 14. März 2007, 720 06 250, ab und bestätigte die Zusprache einer halben IV-Rente.

A.2 Am 4. Juni 2009 stellte die Versicherte ein Gesuch um Rentenerhöhung bei der IV-Stelle unter Angabe einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowie diversen Diagnosen, darunter eine somatoforme Schmerzstörung und eine schwere gastrointestinale Mobilitätsstörung. Gestützt auf ein rheumatologisches und psychiatrisches ABI-Gutachten vom 9. Juni 2011, in welchem der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 75 % für körperlich leichte, mehrheitlich sitzende Tätigkeiten attestiert wurde, verfügte die IV-Stelle am 6. Februar 2012 die Einstellung der halben IV-Rente aufgrund des eruierten Invaliditätsgrades von 31 %. Dagegen erhob A.____, vertreten von Advokat Dr. Yves Waldmann, am 12. März 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht und beantragte in materiell-rechtlicher Hinsicht die Aufhebung der Verfügung, die Rückweisung an die IV-Stelle für weitere medizinische Abklärungen und die Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen. Mit Urteil vom 2. August 2012, 720 12 93 / 217, sprach das Kantonsgericht dem Gutachten vom 9. Juni 2011 volle Beweiskraft zu und wies die Beschwerde ab. Gegen dieses Urteil erhob A.____, wiederum vertreten von Dr. Waldmann, am 30. November 2012 Beschwerde ans Bundesgericht und beantragte in materiell-rechtlicher Hinsicht die Aufhebung des Urteils und die Rückweisung zwecks weiterer medizinischer Abklärungen und Neuberechnung des Rentenanspruchs. Das Bundesgericht wies die Beschwerde im Urteil vom 5. September 2013, 9C_989/2012, ab und stellte fest, dass bei der Rentenaufhebung am 6. Februar 2012 kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr vorgelegen habe.

A.3 Am 25. Juli 2019 stellte A.____ erneut einen Antrag auf berufliche Integration und Rente bei der IV-Stelle. Sie gab an, seit 2003 unter Depressionen, Diabetes, Rheuma, Migränen und Arthrose zu leiden, weshalb sie vollkommen arbeitsunfähig sei. In einem Schreiben an die IV-Stelle vom 25. Juli 2019 führte sie aus, dass ihr gesundheitlicher Zustand sich seit dem Gutachten von 2011 massiv verschlechtert habe; aktuell stehe sie in psychiatrischer Behandlung und sei oftmals nicht in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen, geschweige denn, auf dem ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten. Mit Vorbescheid vom 31. Dezember 2019 kündigte die IV-Stelle an, sie werde auf das Leistungsbegehren nicht eintreten, da eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht ersichtlich sei. Dagegen erhob A.____ am 9. Januar 2020 Einwand und reichte mehrere medizinische Unterlagen nach. Die IV-Stelle veranlasste daraufhin eine rheumatologische und psychiatrische Begutachtung der Versicherten durch Dr. med. B.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, und Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 27. Januar 2021 attestierten die Fachärzte eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierter Tätigkeit. Gestützt auf dieses Gutachten teilte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 7. April 2021 mit, dass sie gemäss ihren Abklärungen und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % sowie des daraus resultierenden Invaliditätsgrades von 55 % Anspruch auf eine halbe IV-Rente habe. Gegen diesen Vorbescheid erhob die Pensionskasse H.____ am 19. Mai 2021 Einwand mit der Begrün-

dung, ein leidensbedingter Abzug könne nicht vorgenommen werden, da die relevanten Einschränkungen bereits bei der Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens berücksichtigt worden seien. Am 3. Juni 2021 teilte die IV-Stelle der Pensionskasse H._____ mit, ihr Einwand könne nicht berücksichtigt werden, da sie die 30-tägige Rechtsmittelfrist verpasst habe. In ihrer Verfügung vom 29. Juli 2021 hielt die IV-Stelle an ihren Abklärungsergebnissen fest und sprach der Versicherten eine halbe IV-Rente ab dem 1. Januar 2020 zu.

A.4 Mit Schreiben vom 9. Januar 2023 beantragte A._____ eine frühzeitige Rentenrevision bei der IV-Stelle und machte einen verschlechterten gesundheitlichen Zustand geltend. Nach Prüfung der medizinischen Unterlagen verfügte die IV-Stelle am 12. September 2023 gestützt auf einen RAD-Bericht vom 26. Mai 2023 die Ablehnung des Gesuchs auf Erhöhung der IV-Rente und begründete dies im Grundsatz damit, dass keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich sei, weshalb der Versicherten weiterhin eine halbe IV-Rente ausgerichtet werde. Daraufhin verfasste D._____, Master of Science in Psychologie, am 11. Oktober 2023 ein mit «Beschwerde» betitelttes Schreiben an das Kantonsgericht, in welchem sie um eine Überprüfung des Rentenanspruchs der Versicherten bat, die seit dem 3. Oktober 2022 bei ihr in stationärer Behandlung sei und an einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) leide. Mit Einschreiben vom 18. Oktober 2023 teilte das Kantonsgericht D._____ mit, dass ihre Beschwerde weder ein klares Rechtsbegehren noch eine ausreichende Begründung enthalte, und setzte ihr eine unerstreckbare Nachfrist bis zum 8. November 2023 zur Verbesserung der Beschwerde. Diese müsse entweder von A._____ unterzeichnet werden oder einer entsprechenden Vollmacht für das Beschwerdeverfahren beigelegt werden.

B. Gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 12. September 2023 erhob A._____ am 6. November 2023 Beschwerde beim Kantonsgericht und beantragte die Aufhebung der Verfügung, die Zusprache einer ganzen IV-Rente, eventualiter die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zwecks Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens und subeventualiter die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks Einholung eines pharmakologischen Gutachtens. Auch beantragte sie die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege im Rahmen des Beschwerdeverfahrens. Im Grundsatz beanstandete sie das Vorgehen der IV-Stelle bei der Sachverhaltsfeststellung und Beweiswürdigung. Die IV-Stelle habe ihre Verfügung einzig auf den RAD-Bericht vom 26. Mai 2023 gestützt statt ein Verlaufsgutachten zu veranlassen. Auch hätte berücksichtigt werden müssen, dass teilzeitarbeitstätige Personen im tiefsten Anforderungsniveau bei einer Hochrechnung auf ein Vollzeitpensum statistisch schlechter entlöhnt würden als Personen in Vollzeitarbeit. Weiter sei ein leidensbedingter Abzug von 20 % statt 10 % in die Berechnung des Einkommensvergleichs einzubeziehen.

C. Mit Verfügung vom 13. Dezember 2023 bewilligte das Kantonsgericht die unentgeltliche Prozessführung für das Beschwerdeverfahren. In ihrer Vernehmlassung vom 22. Dezember 2023 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Im Grundsatz führte sie aus, dass die Beschwerdeführerin nicht substantiiert darlege, inwiefern die Würdigung der medizinischen Lage unzureichend gewesen sei und welche Umstände einen leidensbedingten Abzug von 20 % rechtfertigen würden. Es mangle vorliegend an einem Revisionsgrund, weshalb ohnehin keine revisionsweise Anpassung des leidensbedingten Abzugs vorgenommen werden könne. Auch wirke

sich die Teilzeitbeschäftigung bei Frauen ohne Kaderfunktionen im Vergleich zu einer Vollzeitbeschäftigung proportional lohn erhöhend aus.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass 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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 6. November 2023 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2022 Anwendung. Betrifft die Verfügung über die Revision des Invaliditätsgrads eine versicherte Person, welche – wie im vorliegenden Fall – am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr vollendet hat, finden bis zum Erlöschen, der Aufhebung oder der Revision des Rentenanspruchs immer die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 Anwendung (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9103 und 9104). Die Bestimmungen werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Die versicherte Person hat 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 Viertelrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

2.2 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 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).

3.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen).

3.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens (vgl. dazu BGE 137 V 253 E. 3.4.2.3) zurückzuführen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

3.3 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE

133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3). Vorliegend bilden einerseits das Verfügungsdatum vom 29. Juli 2021 (Zusprache der IV-Rente) und andererseits das Datum der angefochtenen Verfügung vom 12. September 2023 die relevanten Vergleichszeitpunkte.

4.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt gehalten wird, sei es, dass ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen gezogen werden (BGE 125 V 351 E. 3b/aa mit Hinweisen).

4.2 Bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhalts in Revisionsfällen im Sinne des Art. 17 ATSG ist überdies Folgendes zu beachten: Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt, bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Gutachten zu entnehmenden – Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des Schweizerischen Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.2, und vom 26. März 2015, 9C_710/2014, E. 2).

4.3.1 Der RAD steht den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Er setzt die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Er ist in seinem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG). Der RAD kann bei Bedarf selber

ärztliche Untersuchungen von versicherten Personen durchführen. Er hält die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (BGE 135 V 254 E. 3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.1).

4.3.2 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts zu differenzieren: Stützt sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen – zu denen die RAD-Berichte gehören –, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 und 135 V 465 E. 4.4 sowie E. 4.7; zum Ganzen auch: Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2015, 9C_627/2015, E. 2 mit weiteren Hinweisen).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vorliegt, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu beeinflussen.

6. Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Kantonsgericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den vorliegenden Entscheid zentral sind.

6.1 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 27. Januar 2021 untersuchte Dr. B.____ die Explorandin an der Wirbelsäule, den peripheren Gelenken, den Händen sowie den unteren Extremitäten und prüfte ihren neurologischen Status kursorisch. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er eine leichte wenig progrediente bilaterale Gonarthrose (ICD-10 M17.9) mit radiomorphologisch medialbetonter Femorotibialarthrose beidseits bei leichter Gelenkspaltverschmälerung rechts, prominenten femoropatellare Osteophyten beidseits und Verkalkung in Projektion auf das proximale mediale Collateralband rechts mit Verdacht auf wenig Gelenkerguss beidseits. Weiter diagnostizierte Dr. B.____ eine morbid Adipositas (ICD-10 E66.22) mit diffusen myotendinotischen Verspannungen im cervicalen Bereich mit situativ bedingten Gegeninnervationen sowie ein Verdacht auf ein Adipositas-Hypoventilationssyndrom. Im thorako-lumbalen Bereich bestehe eine klinisch ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung mit Insuffizienz der paravertebralen und abdominalen Muskulatur, die zu einer Zunahme der thorakalen Kyphose und der lumbalen Lordose führe. Weiter diagnostizierte er bilaterale links-betonte Senkfüsse (ICD-10 M21.4) mit klinisch kapsulärer Instabilität des linken oberen Sprunggelenks (ICD-10 M25.3) mit intraartikulärer Krepitation bei der passiven Mobilisierung. Es bestünden minimale ossäre Appositionen an der ventralen Tibiakante beidseits, ossäre Appositionen am Tuber calcanei beidseits der Insertion der Achillessehne und Plantarfascie sowie eine leichte Grosszehengrundgelenkarthrose beidseits bei randständigen Osteophyten und vermehrter subchondraler

Sklerosierung. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. B._____ unter anderem eine leichtgradige Polyarthrose der Hände (ICD-10 M15.9) mit/bei klinisch leichtgradigen Heberden-Knoten der PIP-Gelenke sowie ein klinisches Beugedefizit des Fingers IV der linken Hand, einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.90) mit/bei Adipositas mit BMI von 46.5 kg/m², eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90) und eine substituierte primäre Hypothyreose (ICD-10 E06.3). Dr. B._____ schloss auf das Vorliegen einer psychosomatischen Fehlentwicklung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung oder einer anderen psychiatrischen Co-Morbidität, da das Ausmass der subjektiv beklagten Beschwerden sich nicht mit dem Schweregrad der somatischen Befunde erklären liesse. In der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe attestierte Dr. B._____ eine vollkommene Arbeitsunfähigkeit aufgrund degenerativer Veränderungen im Bereich der Kniegelenke, der Lendenwirbelsäule und der Füsse sowie aufgrund der persistierenden Adipositas mit ausgeprägter muskulären Dekonditionierung. Diese Umstände würden körperlich schwere Tätigkeiten vorwiegend im Stehen und Gehen seit dem 9. Juni 2011 verunmöglichen. Als angepasste Tätigkeit wurde eine körperlich leichte Tätigkeit genannt, ohne Notwendigkeit, Lasten über 5 Kilogramm zu heben, zu tragen oder zu stossen, vorwiegend im Sitze arbeiten zu müssen, mit Möglichkeit bei Bedarf die Körperhaltung für kurze Momente und kurze Strecken zu verändern, sich nach vorne zu bücken bzw. zu kauern oder zu knien und Treppen, Leitern oder Gerüste zu betreten. In einer solchen Tätigkeit sei die Explorandin zu 75 % arbeitsfähig.

6.2 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung stellte Dr. C._____ fest, dass das Ausmass der somatischen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könne, weshalb eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die Explorandin leide seit Jahren unter depressiven Verstimmungen. Sie habe bei der Exploration einen resignierten, hoffnungslosen Eindruck gemacht, das Denken sei von depressiven Inhalten geprägt und die affektive Schwingungsfähigkeit sei herabgesetzt gewesen. Gleichzeitig habe sie lebhaft und viel gesprochen sowie eine lebhafte Mimik und Gestik gezeigt. Dr. C._____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Mit Blick auf das Verhalten der Versicherten während der Exploration, den selbstständigen Therapiebesuch und eine Ferienreise im Jahr 2019 könne nicht von einer schweren depressiven Störung ausgegangen werden. Auch erwähnte Dr. C._____, dass die Explorandin die Krankheitssymptome als Rechtfertigung nutze, nicht zu arbeiten, und dass sie daraus einen sekundären Krankheitsgewinn ziehe. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen Arbeitstätigkeit als Küchengehilfin sowie in einer einfachen Hilfstätigkeit als angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit März 2018.

6.3 In der Gesamtbeurteilung führten Dres. B._____ und C._____ zu den hiervor genannten Diagnosen und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus, dass die psychiatrischen Diagnosen in ihrem Verlauf führend seien und dass sich keine relevanten Veränderungen aus rheumatologischer Sicht in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit feststellen liessen. Demgemäss bestehe aus bidisziplinärer Sicht seit März 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit.

6.4 Nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 18. Juli 2022 bis zum 23. September 2022 in stationärer Behandlung in der Psychiatrie aufgehalten hatte, wurde am 17. Oktober 2022 ein Austrittsbericht verfasst. Darin wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z59), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73), eine Hypothyreose (ICD-10 E03.9), ein Diabetes mellitus (ICD-10 E13.80), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Harnwegsinfektion (ICD-10 N39.0) und einen Vitamin-D-Mangel (ICD-10 E55.9) gestellt. Die stationäre Behandlung sei durch eine emotionale Krise aufgrund vermehrter familiärer Probleme und körperlicher Beschwerden indiziert gewesen. Durch den strukturierten Tagesablauf auf der Station, die medikamentöse Behandlung sowie eine enge therapeutische und pflegerische Begleitung habe sich die Patientin stabilisieren können. Sie sei im weiteren Verlauf vermehrt schwingungsfähig und hoffnungsvoll wahrgenommen worden, ihr Antrieb habe sich gesteigert und die emotionale Blockade leicht abgenommen. Die Harnwegsinfektion sei erfolgreich behandelt und der Vitamin-D-Mangel substituiert worden.

6.5 Nach Durchführung von Röntgenaufnahmen am 9. Januar 2023 aufgrund linksseitiger chronischer Kniegelenksbeschwerden stellte Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Kantonsspital I.____ mit Bericht vom 11. Januar 2023 als Hauptdiagnose eine beginnende medial betonte Pangenarthrose am linken Knie. Als Nebendiagnosen stellte er ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit somatoformer Schmerzstörung, ein lumbospondylogenes Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, ein schweres bilaterales CTS beidseits, eine rezidivierende depressive Störung, Status nach Hospitalisation vom 18. Juli 2022 bis zum 23. September 2022, eine primäre Hypothyreose, eine morbid Adipositas sowie eine arterielle Hypertonie.

6.6 Gemäss dem Operationsbericht vom 2. Februar 2023 des Kantonsspitals I.____ sei die Beschwerdeführerin am 27. Januar 2023 wegen eines symptomatischen, sensomotorischen Karpaltunnelsyndroms an der rechten Hand unter Durchführung einer Karpaldachspaltung operiert worden. Als Nebendiagnosen wurden eine Heberden-Arthrose an beiden Zeigefingern mit symptomatischer Mukoidzyste und ein Verdacht auf eine alte FDP-Läsion am linken Ringfinger gestellt.

6.7 Mit Schreiben vom 15. Februar 2023 gab der behandelnde Arzt der Versicherten, Dr. med. F.____, FMH Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin, an, die Gesamtsituation seiner Patientin habe sich nicht verbessert. Neu seien Knieprobleme aufgetreten und beide Hände seien operiert worden. Im Weiteren wies er darauf hin, dass seine Patientin inzwischen zum neunten Mal in der kantonalen psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen sei.

6.8 Am 26. Mai 2023 nahm Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie und Allgemeine Innere Medizin, vom RAD Stellung zu jenen medizinischen Berichten, die nach dem Gutachten vom 27. Januar 2021 ergingen. Er setzte sich mit den neueren Diagnosen auseinander und führte im Grundsatz dazu aus, dass diese bereits im Gutachten berücksichtigt worden seien und somit nicht von einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation auszugehen sei. Zum Schreiben von Dr. F.____ bezüglich der Hospitalisation der Versicherten vermerkte er, dass zwar

bei Eintritt in die Klinik für Psychiatrie eine schwere depressive Episode bestanden habe, weshalb für den Klinikaufenthalt vom 18. Juli 2022 bis zum 23. September 2022 eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne; die Verschlechterung des Gesundheitszustands sei jedoch vorübergehender Natur gewesen und habe wirksam und zweckmässig behandelt werden können.

7.1 Im Rahmen ihrer Beschwerde vom 6. November 2023 machte die Beschwerdeführerin geltend, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der Rentenverfügung vom 29. Juli 2021 verschlechtert habe. Insbesondere hob sie ihre aktuelle und mittlerweile 10. Hospitalisation in der Klinik für Psychiatrie sowie ihren instabilen Gesundheitszustand hervor. Sie beanstandete die Beweistauglichkeit des RAD-Berichts vom 23. Mai 2023, zumal sie nie selbst vom RAD untersucht worden sei. Der RAD hätte entweder eine vertiefte Abklärung vornehmen oder bei Zweifeln ein versicherungsexternes Gutachten in Auftrag geben müssen. Würde man der Logik des RAD folgen, so müsste der Beschwerdeführerin während ihrer Hospitalisation eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden und bei ihrer Entlassung wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, was jedoch nicht als ernsthafte und nachvollziehbare medizinische Einschätzung qualifiziert werden könne. In ihrer Vernehmlassung vom 22. Dezember 2023 ging die Beschwerdegegnerin weiterhin von der Beweistauglichkeit des RAD-Berichts vom 26. Mai 2023 aus. Der alleinige Umstand, dass die Beschwerdeführerin erneut hospitalisiert worden sei, müsse keine dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustands nach sich ziehen, zumal sich die Beschwerdeführerin während ihres Klinikaufenthalts habe stabilisieren können und eine affektive Verbesserung aufgetreten sei.

7.2.1 Wie hiervor unter Erwägung 4.3.2 erwähnt, ist der Beweiswert von RAD-Berichten dann mit jenem versicherungsexternen Gutachten vergleichbar, wenn sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt und wenn sich der angefochtene Entscheid nicht ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen stützt. Der RAD-Bericht vom 26. Mai 2023 ist für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und begründet die Schlussfolgerungen in der Expertise. Zwar nimmt die angefochtene Verfügung vom 12. September 2023 medizinisch einzig auf den RAD-Bericht vom 26. Mai 2023 Bezug, jedoch stützt sich dieser wiederum auf das versicherungsexterne Gutachten vom 27. Januar 2021 und setzt sich mit versicherungsexternen Arztberichten auseinander. Jedoch ist zu beachten, dass Dr. G.____ über einen Facharztstitel in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin verfügt und somit gewisse Diagnosen, konkret jene im rheumatologischen Bereich, ausserhalb seiner fachärztlichen Expertise liegen. Wie jedoch von Dr. G.____ zutreffend im RAD-Bericht erklärt und nachfolgend ausgeführt, sind die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten neueren Diagnosen entweder vorübergehender Natur und somit rechtlich nicht als invalidisierend zu betrachten, bereits im Gutachten vom 27. Januar 2021 bei der Eruierung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden oder zeitigen für sich gestellt keine invalidisierende Wirkung. An dieser Stelle sei anzumerken, dass – wie hiervor unter Erwägung 3.2 aufgeführt – eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv

nicht verändert hat, meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen und somit nicht automatisch als Revisionsgrund anzusehen ist.

7.2.2 Im Austrittsbericht vom 17. Oktober 2022 der Psychiatrie wurde eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) diagnostiziert. Der Bericht führte aus, dass sich die Patientin durch den strukturierten Tagesablauf auf der Station, die medikamentöse Behandlung sowie eine enge therapeutische und pflegerische Begleitung habe stabilisieren können. Gemäss Art. 88a Abs. 2 Satz 1 IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Die Beschwerdeführerin befand sich vom 18. Juli 2022 bis zum 23. September 2022 und somit für etwas über 2 Monate im stationären Aufenthalt; danach besserte sich ihr Gesundheitszustand, weshalb die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) nicht als wesentliche Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit anzusehen ist. Hinzukommt, dass gutachterlich bereits eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1) in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinfluss und der Verlauf einer rezidivierenden depressiven Störung bekanntermassen nicht gradlinig ist, was weiter gegen eine längerfristige Verschlechterung spricht. Bei den Kontaktanlässen mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z 59) und den Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD Z 73), die ebenfalls im Austrittsbericht vom 17. Oktober 2022 erwähnt werden, handelt es sich nicht um eine Krankheit, Verletzung oder um einen externen Grund für Morbidität, sondern lediglich um Zusatzinformationen, weshalb sie keine invalidisierende Wirkung entfalten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2012, 9C_537/2011, E. 3.1). Weiter wurden die im Austrittsbericht diagnostizierten Hypothyreose (ICD-10 E03.9), Diabetes mellitus (ICD-10 E13.80) und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1) bereits im Gutachten jeweils als eine substituierte primäre Hypothyreose (ICD-10 E06.3), als insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.90) und als Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) berücksichtigt. Die Unterschiede zwischen den Diagnosen ist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen, zumal die Diagnosen nur leicht voneinander abweichen. Schliesslich wurden sowohl die Harnwegsinfektion (ICD-10 N39.0) als auch der Vitamin-D-Mangel (ICD-10 E55.9) in der Klinik erfolgreich behandelt resp. substituiert, weshalb nicht von einer invalidisierenden Wirkung ausgegangen werden kann.

7.2.3 Im Arztbericht vom 11. Januar 2023 diagnostizierte Dr. E._____ eine beginnende medial betonte Pagonarthrose am linken Knie, ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit somatoformer Schmerzstörung, ein lumbospondylogenes Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, eine morbid Adipositas und eine arterielle Hypertonie. Diese Beschwerden wurden bereits im Gutachten vom 27. Januar 2021 als leichte wenig progrediente bilaterale Gonarthrose (ICD-10 M17.9), als Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), als amnestisch akutes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, als morbid Adipositas (ICD-10 E66.22) und als arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90) erfasst. Bezüglich der sich mit dem Austrittsbericht vom 17. Oktober 2022 deckenden Diagnosen ist auf die Ausführungen hiervor unter Erwägung 7.2.2 zu verweisen. Nicht im Gutachten erfasst wurde einzig das schwere bilaterale CTS beidseits, welches nachfolgend in Erwägung 7.2.4 zum entsprechenden Operationsbericht behandelt wird.

7.2.4 Das im Operationsbericht vom 2. Februar 2023 diagnostizierte symptomatische, sensorische Karpaltunnelsyndrom an der rechten Hand wurde in Durchführung einer Karpaldachspaltung operiert. Gemäss dem Schreiben von Dr. F.____ vom 15. Februar 2023 ist inzwischen eine weitere Operation an der anderen Hand erfolgt. Im Gutachten wurde diese Symptomatik insoweit berücksichtigt, als dass Dr. B.____ beklagte Schmerzausstrahlungen in beide Arme, über die Schultern bis in die Finger festhielt. Dr. G.____ vermerkte in seiner medizinischen Einschätzung vom 26. Mai 2023 hierzu, dass ein Karpaltunnelsyndrom mittels Karpaldachspaltung wirksam und zweckmässig behandelbar sei, und wies daraufhin, dass die Beschwerdeführerin gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. B.____ ohnehin in körperlich beanspruchenden Tätigkeiten als vollkommen arbeitsunfähig eingeschätzt worden sei und in leichten schonenden Verweistätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe, wobei das zweckmässig behandelbare Karpaltunnelsyndrom keine zusätzlichen Einschränkungen begründen könne. Dieser Auffassung ist mit Blick auf die inzwischen erfolgten Operationen zuzustimmen. Dem Gericht liegen keine Akten vor, welche auf eine fehlgeschlagene Operation oder andere Komplikationen schliessen liessen, und auch brachte die Beschwerdeführerin keine derartigen Argumente vor, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass das Karpaltunnelsyndrom die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht zusätzlich einschränkt. Die Diagnose einer Heberden-Arthrose an beiden Zeigefingern mit symptomatischer Mukoidzyste und der Verdacht auf eine alte FDP-Läsion am linken Ringfinger sind schliesslich beide gutachterlich als leichtgradige Polyarthrose an den Händen (ICD-10 M15.9) mit/bei klinisch leichtgradigen Heberden-Knoten der PIP-Gelenke und einem klinischen Beugedefizit des Fingers IV der linken Hand erfasst worden.

7.2.5 Aus dem hiervor Ausgeführten ergibt sich, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit der letztmaligen Leistungszusprache am 29. Juli 2021 nicht rechtsgenüglich erwiesen werden kann. Der RAD-Bericht vom 26. Mai 2023 erfüllt die bundesgerichtlichen Anforderungen an die Beweistauglichkeit von ärztlichen Berichten und ist im Ergebnis kongruent und schlüssig. Somit ist der Auffassung der Beschwerdegegnerin zu folgen, dass vorliegend medizinisch auf den RAD-Bericht abzustellen ist und auf eine psychiatrische oder pharmakologische Begutachtung verzichtet werden kann.

8. Die Massgeblichkeit des RAD-Berichts vom 26. Mai 2023 für den vorliegenden Fall hat zur Folge, dass die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 12. September 2023 richtigerweise feststellte, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliegt. Andere Umstände, welche eine Rentenrevision zur Folge haben könnten, wie eine erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen (vgl. Erwägung 3.1 hiervor) sind weder aktenkundig noch wurden sie von der Beschwerdeführerin behauptet. Es mangelt somit an einem Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG, weshalb die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin, insbesondere die Erhöhung des leidensbedingten Abzugs auf 20 %, nicht revisionsweise beurteilt werden können. Dies führt im Ergebnis zur Abweisung der Beschwerde.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten über 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. 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 aufzuerlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist allerdings mit Verfügung vom 13. Dezember 2023 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden.

9.2 Der 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 der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid durch die Versicherte am 5. Juni 2024 erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht am 31. Juli 2024 nicht ein (9C_351/224)

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