



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. April 2019 (720 19 10 / 86)

Invalidenversicherung

IV-Rente / Würdigung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Nicola Moser, Advokat, LEXPARTNERS, Kirchplatz 16, Postfach 916, 4132 Muttenz

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1960 geborene A.____ hatte sich im Jahr 1993 ein erstes Mal bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet. Nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft das Gesuch mit Verfügung vom 19. Oktober 1994 ab. Im August 2008 meldete sich A.____ erneut zum Leistungsbezug an, worauf die IV-Stelle wiederum ein polydisziplinäres Gutachten erstellen liess. Gestützt auf dessen Ergebnisse lehnte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 5. März 2010 ab. Mit Eingabe vom 9. Mai 2016 stellte A.____ unter Hinweis auf verschiedene

körperliche und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen ein drittes Leistungsgesuch. Nach Vornahme medizinischer und erwerblicher Abklärungen ermittelte die IV-Stelle bei der Versicherten ab 3. März 2015 (Ablauf des Wartejahres) einen Invaliditätsgrad von 50 %. Gestützt auf dieses Ergebnis sprach die IV-Stelle A._____ nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren rückwirkend ab 1. November 2016 eine halbe Rente zu, wobei die Rentenzusprache in Form von zwei Verfügungen erfolgte: In der ersten Verfügung vom 19. November 2018 setze die IV-Stelle die laufende Rente ab 1. Dezember 2018 fest und in der zweiten Verfügung vom 10. Dezember 2018 entschied sie über den Anspruch im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 30. November 2018. In Bezug auf den Rentenbeginn wies die IV-Stelle die Versicherte darauf hin, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entstehe. Ihre Anmeldung sei am 11. Mai 2016 eingegangen, weshalb die halbe Rente erst ab 1. November 2016 ausgerichtet werden könne.

B. Gegen die beiden Verfügungen vom 19. November 2018 und 10. Dezember 2018 erhob A._____, vertreten durch Advokat Dr. Nicola Moser, am 7. Januar 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es seien die angefochtenen Verfügungen aufzuheben und es sei ihr mit Wirkung ab 1. November 2016 durchgehend eine ganze Rente, eventualiter eine Dreiviertelsrente, auszurichten. Subeventualiter sei die Angelegenheit zur neuen Beurteilung ihres Leistungsvermögens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge, wobei ihr die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter zu bewilligen seien.

C. Mit Verfügung vom 10. Januar 2019 bewilligte das Kantonsgericht der Beschwerdeführerin gestützt auf die eingereichten Unterlagen für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Dr. Nicola Moser als Rechtsvertreter.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 8. Februar 2019 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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 der Versicherten vom 7. Januar 2019 ist demnach einzutreten.

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 wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden 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 294 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 294 E. 4c).

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.2 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

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

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

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

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

auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil A. des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5.1 Im Zuge der Neuanschuldung der Versicherten vom 9. Mai 2016 gab die IV-Stelle zur Abklärung des aktuellen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bei der academy of swiss insurance medicine (asim) ein rheumatologisches/psychiatrisches Gutachten in Auftrag, das am 22. Juni 2017 erstattet wurde. Darin hielten die beteiligten Fachärzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, teilchronifiziert, mit somatischen Beschwerden (ICD-10 F33.1); (2) eine Traumafolgestörung bei berichtetem sexuellem Missbrauch in der Kindheit sowie physischer, psychischer und sexueller Traumatisierung im Erwachsenenalter, ohne dass die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anhaltenden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung erfüllt wären; (3) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41); (4) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) mit Claudicatio spinalis sive radicularis L3 beidseits (ICD-10 M51.1) mit/bei (4.1) multitage-degenerativen Veränderungen der LWS auf Höhe L3/4 und (4.2) thorakovertebraler Komponente bei bilateraler myotendinotischer Verspannung der paravertebralen Muskulatur ohne Zeichen einer lokalen segmentalen Dysfunktion der BWS; (5) ein myotendinotisches, zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2) mit/bei (5.1) kernspintomographisch beidseits höhergradigen Foraminalstenosen C5/6 und C6/7 wegen Osteochondrose mit schon deutlichen Unkovertebral- und beginnenden Spondylarthrosen und dadurch möglicher Beeinträchtigung der Wurzel C6 oder C7 beidseits sowie (5.2) klinisch fehlenden Hinweisen auf zervikale Radikulopathie oder Myelopathie. Als Leiden ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden (1) eine beginnende Retropatellararthrose (ICD-10 M22.4) und eine beginnende mediale Gonarthrose rechtsbetont (ICD-10 M15.0), (2) Senkfüsse (ICD-10 M22.6) und (3) eine beginnende Polyarthrose der Hände (ICD-10 M15.0) diagnostiziert.

In ihrer Beurteilung hielten die Gutachter fest, aus rheumatologischer Hinsicht habe sich der Zustand der Lendenwirbelsäule im Vergleich zur letzten Begutachtung 2009 verschlechtert. Im zervikalen Bereich sei die Situation seit 2009 im Wesentlichen unverändert. Die tägliche Schmerzbelastung könne nachvollzogen werden. Im Vordergrund stünden im Nackenbereich die myotendinotischen Verspannungen der paravertebralen Muskulatur. Die degenerativen Veränderungen im Bereich der Kniegelenke seien im Zeitpunkt der Untersuchung noch asymptomatisch gewesen. Das Ausmass der somatisch geklagten Beschwerden sei teilweise im Rahmen der rheumatologischen Diagnosen begründbar, gehe aber auch deutlich darüber hinaus, was im Rahmen der psychiatrischen Komorbidität zu verstehen sei. Aus psychiatrischer Sicht sei nachvollziehbar, dass die Traumatisierung durch sexuelle und physische Gewalt er-

folgt sei, welche die Grundlage für die Bindungsstörung und im Verlauf auch für die Entwicklung der chronischen Schmerzstörung sowie für eine rezidivierende Depression gelegt habe. Die attestierten abhängigen asthenischen Persönlichkeitszüge seien nachvollziehbar. Eine Persönlichkeitsstörung habe nicht sicher diagnostiziert werden können. Erkennbar seien aber Persönlichkeitszüge, die den Umgang mit depressiven Störungen und Schmerzstörungen in erheblicher Weise negativ beeinflussen und aufrechterhalten würden. Die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seien erfüllt. Aufgrund der Depression habe die Explorandin Schwierigkeiten, ihren Alltag zu strukturieren und nachhaltig eine Leistung zu erbringen. Dazu komme eine grundlegende Bindungsstörung, die den Aufbau von vertraulichen Verhältnissen erschwere. Die drei psychiatrischen Diagnosen würden sich in ungünstiger Weise gegenseitig verstärken. Aus psychiatrischer Sicht sei die Restarbeitsfähigkeit der Versicherten nur dann realisierbar, wenn ausreichende Rekonvaleszenz-Phasen gewährleistet seien. Im Vordergrund stehe die Bindungsstörung, welche die Explorandin über lange Zeit habe kompensieren können, die aber mit Zunahme des depressiven Syndroms an Bedeutung gewonnen habe. Insgesamt seien die Ressourcen der Versicherten limitiert. Die geklagten Beschwerden seien grösstenteils objektivierbar, stünden teilweise aber in Zusammenhang mit der chronischen Schmerzstörung. Eine Simulation oder Aggravation sei aber nicht feststellbar. In psychiatrischer Hinsicht sei glaubhaft, dass die gesundheitliche Verschlechterung durch die Zunahme des depressiven Syndroms seit 2014 erfolgt sei. Seither habe sich keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustands abgezeichnet. In der ursprünglichen Tätigkeit als Charcuterie-Verkäuferin und in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als selbständige Wirtin sei die Versicherte bleibend vollständig arbeitsunfähig. In einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit bestehe aus gesamtmedizinischer Sicht seit März 2014 eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit. Eine solche Tätigkeit dürfe weder das repetitive Heben, Tragen oder Stossen von Lasten über 10 kg noch die Einnahme von monotonen Körperhaltungen, namentlich eine vorgeneigte Körperhaltung, beinhalten. Zudem sollte sie nach Möglichkeit alternierend im Stehen, Gehen oder Sitzen verrichtet werden können.

5.2 Die IV-Stelle stützte sich in den angefochtenen Verfügungen vom 19. November 2018 und 10. Dezember 2018 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse dieses bidisziplinären asim-Gutachtens vom 22. Juni 2017. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Versicherte seit März 2014 in einer leidensadaptierten Tätigkeit noch im Umfang von 50 % arbeitsfähig 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 Fachärztinnen 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 Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das bidisziplinäre asim-Gutachten vom 22. Juni 2017 weist diesbezüglich weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizini-

schen Situation ein, es setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend.

6. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin sind nicht geeignet, das vorstehende Beweisergebnis in Frage zu stellen.

6.1 Die Beschwerdeführerin erhebt vorab den formalen Einwand, es sei fraglich, ob der psychiatrische asim-Gutachter über einen Facharztstitel in Psychiatrie verfüge. Laut den Angaben im Gutachten ist der Verfasser des psychiatrischen Teil-Gutachtens, Dr. med. B.____, Facharzt für Nervenheilkunde. Die medizinischen Fachgebiete "Neurologie" und "Psychiatrie und Psychotherapie" waren in Deutschland lange zusammengefasst als "Nervenheilkunde" (<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org> [08.05.2019]: Begriffserklärung: Nervenheilkunde und Nervenarzt). Bei einem deutschen Facharzt für Nervenheilkunde handelt es sich demnach um einen Facharzt für Psychiatrie, der gleichzeitig auch Facharzt für Neurologie ist. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist vorliegend deshalb davon auszugehen, dass das psychiatrische Teil-Gutachten regelgerecht von einem Facharzt für Psychiatrie erstellt wurde.

6.2 Die Beschwerdeführerin wendet sodann ein, das asim-Gutachten leide insofern an einem formalen Mangel, als es lediglich auf Untersuchungen in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Rheumatologie beruhe. Da sie einen Schlaganfall erlitten habe und an einer Darmfunktionsstörung leide, hätten aber auch Begutachtungen in den Fachbereichen Neurologie und Gastroenterologie durchgeführt werden müssen. Es trifft zu, dass im Bericht der Klinik C.____ vom 31. Juli 2015 bei der Versicherten als Diagnose - unter anderem - ein „Verdacht auf transitorisch ischämische Attacke (TIA) am 09.07.2015“ genannt wird. Diesbezüglich ist jedoch festzuhalten, dass es sich lediglich um eine anamnestische Verdachtsdiagnose handelt, die nie gesichert wurde und offensichtlich ohne andauernde Folgen blieb. Jedenfalls ist anzunehmen, dass der asim-Gutachter Dr. B.____, der auch Facharzt für Neurologie ist, entsprechende Auffälligkeiten bemerkt und im Gutachten festgehalten hätte. Es ist deshalb davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung keine Hinweise auf eine aktuelle neurologische Problematik vorlagen, sodass sich eine gutachterliche Abklärung in dieser Fachdisziplin nicht aufdrängte. Was die von der Versicherten angesprochene Darmproblematik betrifft, zeigt sich, dass diese den asim-Gutachtern bekannt war, erwähnen diese doch, dass bei der Explorandin wegen einer Diverticulitis des Colons descendens letztmals im Juni 2009 eine Nachresektion des proximalen Rectums vorgenommen worden sei. Der Bericht der Klinik C.____ vom 31. Juli 2015 hält unter den Diagnosen einen Status nach Diverticulitis fest, was impliziert, dass die Versicherte in diesem Zeitpunkt nicht mehr an einer Diverticulitis litt. Dazu kommt, dass die Beschwerdeführerin gegenüber den beiden asim-Gutachtern im Rahmen der jeweiligen Anamnesen keine Darmprobleme geltend machte. Es ist daher anzunehmen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung keine namhaften entsprechenden Beschwerden bestanden. Die Vornahme einer zusätzlichen gastroenterologischen Begutachtung war demnach nicht angezeigt.

6.3.1 Inhaltlich kritisiert die Beschwerdeführerin vor allem die Zumutbarkeitsbeurteilung der Gutachter. Im psychiatrischen Teil-Gutachten würden zwar ausführlich ihre massiven Ein-

schränkungen beschrieben, nichtsdestotrotz werde ihr aber lediglich eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, was nicht nachvollziehbar sei und vom psychiatrischen Gutachter auch nicht begründet werde. Dazu komme, dass sie laut den behandelnden Ärzten auch in Verweistätigkeiten vollständig arbeitsunfähig sei. Die asim-Gutachter gingen aber dennoch von einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit aus, ohne diesen Widerspruch aufzulösen. Es trifft zu, dass der behandelnde Psychiater Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und der Hausarzt Dr. med. E.____, Allgemeine Medizin FMH, die Versicherte seit längerem als vollständig arbeitsunfähig erachten. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin setzt sich der psychiatrische asim-Gutachter aber sehr wohl mit den Einschätzungen des behandelnden Psychiaters auseinander. Er stimmt in diagnostischer Hinsicht weitgehend mit ihm überein, er erachtet jedoch im Gegensatz zu Dr. D.____ die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung als nicht erfüllt, wobei er schlüssig darlegt, weshalb die betreffende Diagnose bei der Versicherten nicht vorliegt. Was die abweichenden Einschätzungen der funktionellen Auswirkungen der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen betrifft, so erklärt der Gutachter diese mit der unterschiedlichen Einschätzung des Schweregrades der Symptomatik. Insofern ist die unterschiedliche gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin hinreichend - und auch nachvollziehbar - begründet.

6.3.2 Im Weiteren moniert die Beschwerdeführerin, dass im rheumatologischen Teilgutachten zwar eine Verschlechterung des Zustands der Lendenwirbelsäule seit der Begutachtung durch die Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) im Jahr 2009 beschrieben werde, trotzdem werde ihr aber aus rheumatologischer Sicht nach wie vor lediglich eine 20 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert. Dies sei umso weniger nachvollziehbar, als sich auch die Schmerzsituation seit der letzten Begutachtung verschärft habe. Schliesslich überzeuge auch die gesamtmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung nicht, da die Gutachter nicht darlegen würden, weshalb die aus psychischen Gründen bestehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch die rheumatologischen Leiden nicht zusätzlich beeinträchtigt werde. Zum ersten Einwand der angeblich unveränderten rheumatologischen Zumutbarkeitsbeurteilung trotz eingetretener Verschlechterung ist festzuhalten, dass im ABI-Gutachten vom 13. Oktober 2009 entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin noch keine 20 %-ige Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht attestiert worden war. Vielmehr gingen die ABI-Gutachter aus rheumatologischer Sicht noch von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Insofern hat das aktuelle asim-Gutachten im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung der aus rheumatologischer Sicht beschriebenen Verschlechterung sehr wohl Rechnung getragen. Im Weiteren ist die Tatsache, dass die asim-Gutachter anlässlich der bidisziplinären Konsensbeurteilung die aus psychiatrischer und aus rheumatologischer Optik erhobenen Arbeitsunfähigkeiten nicht additiv veranschlagten, nicht zu beanstanden. Die Gutachter zeigen schlüssig auf, dass die geringere rheumatologische Arbeitsunfähigkeit von 20 % in der höheren, aus psychiatrischer Sicht attestierten 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit aufgeht.

6.4 Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin sodann mit der Rüge, die IV-Stelle habe es unterlassen, mit ihr ein Arbeitstraining durchzuführen. Sie muss sich diesbezüglich entgegen halten lassen, dass sie im Rahmen des Verwaltungsverfahrens keine Be-

reitschaft zur Durchführung beruflicher Massnahmen geäussert hatte. So gab sie etwa gegenüber dem rheumatologischen asim-Gutachter an (vgl. S. 15 des Teil-Gutachtens), sie erachte sich seit Jahren nicht mehr als arbeitsfähig und sie sei deshalb nicht bereit, sich in einer beruflichen Tätigkeit wieder eingliedern zu lassen. In Anbetracht dieser Haltung ist die fehlende Durchführung beruflicher Massnahmen seitens der IV-Stelle nicht zu beanstanden.

6.5 Die Beschwerdeführerin macht im Weiteren geltend, die ihr gutachterlich attestierte Restarbeitsfähigkeit von 50 % sei angesichts ihres Alters nicht mehr verwertbar.

6.5.1 Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen).

6.5.2 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Wie das Bundesgericht im Entscheid 138 V 457 ff. präzisiert hat, ist für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter zu beantworten ist, nicht etwa auf den Zeitpunkt des Verfügungserlasses, sondern auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (E. 3.3 des genannten Urteils). Vorliegend verschaffte das von der Verwaltung eingeholte interdisziplinäre asim-Gutachten vom 22. Juni 2017, welches nach dem oben Gesagten (vgl. E. 5.2 hiervor) die massgebende medizinische Grundlage für die angefochtenen Verfügungen bildete, abschliessende Klarheit darüber, dass bzw. in welchem Umfang der Versicherten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit aus medizinischer Sicht zumutbar ist. Im genannten Zeitpunkt, in welchem demnach über die Verwertbarkeit der verbliebenen Erwerbsfähigkeit entschieden werden konnte, war die Beschwerdeführerin etwas mehr als 56 ½ Jahre alt. Bis zum Erreichen des AHV-Alters verblieb ihr somit noch eine Aktivitätsdauer von knapp 7 ½ Jahren. Vor diesem Hintergrund und im Lichte der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (vgl. etwa die im Urteil M. vom 10. September 2013, 8C_345/2013, wiedergegebene Kasuistik), kann klarerweise nicht gesagt werden, dass der Beschwerdeführerin die Verwertung der ihr gutachterlich attestierten Restar-

beitsfähigkeit altersbedingt nicht mehr möglich sei. Darüber hinaus ist die Restarbeitsfähigkeit mit 50 % zu hoch und das Anforderungsprofil zu wenig eingeschränkt, als dass - unabhängig vom Alter der Versicherten - von einer praktischen Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausgegangen werden müsste.

7.1 Wie bereits weiter oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hiervor), ist gemäss Art. 16 ATSG der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die IV-Stelle hat in den angefochtenen Verfügungen vom 19. November 2018 und 10. Dezember 2018 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Da die Versicherte aktuell keiner Erwerbstätigkeit nachgeht und keine hinreichend verlässlichen und verwertbaren Lohnangaben zu den früher ausgeübten Tätigkeiten vorliegen, hat die IV-Stelle sowohl das Invaliden- als auch Valideneinkommen zu Recht unter Beizug der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik ermittelt (vgl. dazu BGE 126 V 76 E. 3b/bb mit Hinweisen und 124 V 322 E. 3b/aa). Dabei hat sie anhand der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 54'062.-- und des zumutbaren Invalideneinkommens von Fr. 27'031.-- einen Invaliditätsgrad von 50 % ermittelt.

7.2 Der vorinstanzliche Einkommensvergleich wird von der Versicherten lediglich in einem Punkt beanstandet. Sie macht für den Fall, dass von einer Verwertbarkeit ihrer Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werde (vgl. dazu E. 6.5 hiervor), geltend, dass ihr die IV-Stelle bei der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens einen Abzug von 20 - 25 % vom Tabellenlohn hätte gewähren müssen.

7.3.1 Wird das Invalideneinkommen wie im vorliegenden Fall auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur noch beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (BGE 134 V 327 f. E. 5.2; vgl. zum Ganzen auch BGE 126 V 80 E. 5b/bb und cc).

7.3.2 Vorliegend hat die IV-Stelle in den angefochtenen Verfügungen keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Demgegenüber erachtet die Beschwerdeführerin in ihrem Fall die Gewährung eines 20 - 25%-igen Abzugs vom Tabellenlohn als angezeigt. Entgegen der Auffassung der Versicherten lässt sich in ihrem Fall ein Abzug im geforderten Umfang nicht rechtfertigen. Die vorhandenen Einschränkungen sind mit der Annahme einer 50 %-igen Leistungseinbusse bei der Ausübung eines Ganztagespensums schon in erheblichem Masse berücksichtigt. Sodann nehmen sowohl die Bedeutung des Alters als auch diejenige der Dienstjahre der Versicherten ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist, weshalb diese Faktoren bei Tätigkeiten, die dem Kompetenzniveau 1 der Tätigkeit gemäss LSE 2014 ("einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art") entsprechen, in der Regel keinen Anlass zu einem (weiteren) Abzug vom Tabellenlohn geben (vgl. BGE 126 V 79 E. 5a/cc). Wie es sich damit verhält, kann letztlich aber offen bleiben. Wenn man der Versicherten einen Abzug vom Tabellenlohn gewähren würde, so könnte ihr in Würdigung aller relevanten Umstände ein solcher von maximal 10 % zugestanden werden. Aus einem entsprechenden Abzug würde ein Invaliditätsgrad von 55 % resultieren.

8. Sowohl bei einem Invaliditätsgrad von 50 % als auch bei einem solchen von 55 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente. Die IV-Stelle sprach der Versicherten deshalb in den angefochtenen Verfügungen vom 19. November 2018 und 10. Dezember 2018 zu Recht eine halbe Rente zu. Ebenfalls nicht zu beanstanden ist der von der IV-Stelle festgesetzte Rentenbeginn. Die Wartezeit endete zwar am 3. März 2015, gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch aber frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Da die Anmeldung der Versicherten am 11. Mai 2016 bei der IV-Stelle eingegangen war, sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin die halbe Rente korrekterweise erst mit Wirkung ab 1. November 2016 zu. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass sich die gegen die angefochtenen Verfügungen vom 19. November 2018 und 10. Dezember 2018 erhobene Beschwerde als unbegründet erweist, weshalb sie abgewiesen werden muss.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 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 10. Januar 2019 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 in der Verfügung vom 10. Januar 2019 die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus

der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 18. Februar 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 15,25 Stunden und Auslagen von Fr. 452.30 geltend gemacht. Während die ausgewiesenen Auslagen zu keinen Beanstandungen Anlass geben, muss der geltend gemachte Zeitaufwand als zu hoch bezeichnet werden. Der vorliegende Prozess gab weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht zu überdurchschnittlich aufwändigen Erörterungen Anlass, weshalb sich insbesondere der für die Redaktion der Beschwerde ausgewiesene Zeitaufwand von 14 Stunden und 10 Minuten als übermässig erweist. Diese Position der Honorarrechnung ist daher zu kürzen, wobei es sich - unter Berücksichtigung der Entschädigungspraxis in vergleichbaren Fällen - rechtfertigt, den für die Redaktion der Beschwerde entschädigungsberechtigten Zeitaufwand auf 10 Stunden festzusetzen. Das Honorar des Rechtsvertreters der Versicherten ist daher vorliegend auf der Basis eines insgesamt als angemessen erachteten Zeitaufwandes von 11 Stunden und 5 Minuten (10 Stunden für die Redaktion der Beschwerde zuzüglich der übrige ausgewiesene Aufwand von 1 Stunde und 5 Minuten) festzusetzen. Dem Rechtsvertreter des Versicherten ist somit ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'874.45 (11 Stunden und 5 Minuten à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 452.30 + 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'874.45 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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