



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. September 2012 (720 12 86)

Invalidenversicherung

Anspruch auf eine Invalidenrente bei psychischen Beeinträchtigungen

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Axel Delvoigt, Advokat, St. Johannis-Vorstadt 23, Postfach 1328, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1951 geborene A.____ arbeitete vom 2. Februar 1981 bis 30. November 2009 als Staplerfahrerin in Schichtarbeit bei der B.____ in X.____. Am 18. September 2008 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Erschöpfungsdepression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abschluss der beruflichen Massnahmen prüfte die IV-Stelle den Rentenanspruch. Die IV-Stelle Basel-Landschaft klärte dabei die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse der Versicherten ab. Mit Verfügung vom 6. Februar

2012 lehnte sie nach durchgeführtem Vorbescheidsverfahren den Anspruch von A.____ auf eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 19 % ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Dr. Axel Delvoigt, am 8. März 2012 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihr mit Wirkung ab 1. Juni 2009 mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Eventualiter sei in Aufhebung der Verfügung die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem sei ihr die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung zu bewilligen; unter o/e Kostenfolge. In der Begründung wurde insbesondere die Zuverlässigkeit des von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Fachgutachtens von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Juni 2010 beanstandet. Zudem sei beim Einkommensvergleich ein Abzug vom Tabellenlohn von 25 % vorzunehmen.

C. Mit Verfügung vom 20. April 2012 bewilligte das Kantonsgericht der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 13. Juli 2012 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

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

1. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 1. Juni 1959 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). 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).

1.2 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).

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

1.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

2. Ausgangspunkt der Ermittlung eines Rentenanspruchs bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

2.1 Nach Art. 6 ATSG 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 andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

2.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

2.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

2.4 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

3.1 Den vorliegenden Akten ist zu entnehmen, dass sich die Versicherte vom 24. April 2003 bis 10. Juni 2003 stationär in der D.____ aufhielt. Damals sei ihr Ehemann verunfallt, was bei der Versicherten zu einer Dekompensation geführt habe. Sie sei dauernd erschöpft gewesen und habe nicht mehr schlafen können. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten in psychiatrischer Hinsicht am 4. Juli 2003 eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere Episode mit Somatisierung, ein berufliches Erschöpfungssyndrom und eine Reaktion auf schwere Belastung (vgl. Bericht der D.____ vom 4. Juli 2003). Nach dem Klinikaufenthalt nahm sie die Arbeit wieder auf, fühlte sich aber nach den Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nach wie vor depressiv. Es folgten mehrere Arbeitsunterbrüche. Als ihr Ehemann im Mai 2008 einen Schlaganfall erlitt, dekompenzierte sie erneut (vgl. Bericht von Dr. E.____ vom 17. April 2009). Seither wurde sie zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Eine stationäre Behandlung in der F.____ erfolgte vom 13. November 2008 bis 30. Januar 2009. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten zuerst eine rezidivierende depressive Störung mit einer derzeit schweren Episode sowie ein Lumbovertebralsyndrom (vgl. Berichte der F.____ vom 15. Dezember 2008 und 2. Februar 2009). Während des zehnwöchigen stationären Aufenthalts habe sich die depressive Symptomatik deutlich verbessert. Dennoch hätten eine stark reduzierte Belastbarkeit und die Schmerzsymptomatik fortbestanden. Der schnelle Wiedereinstieg ins Arbeitsleben nach der letzten depressiven Episode im Jahr 2003 habe sich nicht bewährt. Es sei deshalb ein langsamer, gut geplanter Belastungsaufbau erforderlich, damit die Versicherte zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit erlangen könne. Nach dem stationären Aufenthalt trat die Versicherte bis 13. März 2009 in die Tagesklinik ein, in welcher sie teilstationär behandelt wurde. Im Bericht der F.____ vom 6. Mai 2009 wurde als Diagnose eine "rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F32.2), bei Austritt noch leichtgradig" festgehalten. Die Versicherte habe im Laufe der teilstationären Behandlung von der Tagesstrukturierung profitieren können. Infolge der gebesserten Symptomatik werde davon ausgegangen, dass eine klar strukturierte Teilzeitbeschäftigung stabilisierend auf den psychischen Zustand der Versicherten wirke. Die Versicherte sei deshalb ab Klinikaustritt per 14. März 2009 wieder zu 50 % arbeitsfähig. Je nach Verlauf könne die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden. Eine Schichtarbeit sei ihr aber nicht mehr zuzumuten.

3.2 Dr. E.____ diagnostizierte in seinen Arztzeugnissen vom 4. Juli 2008 und 17. April 2009 eine mittel- bis schwere depressive Episode. Infolge ihrer depressiven Erkrankung sei sie sowohl in der angestammten als auch in einer alternativen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Im Arztbericht vom 7. April 2010 führte er seine bisher gestellte psychiatrische Diagnose auf und ergänzte diese mit einem seit 2003 bestehenden lumbovertebralen Syndrom bei Protrusion L4/5 und Diskushernie L5/S1. Er hielt eine ab März 2008 andauernde 100%igen Arbeitsunfähigkeit fest.

3.3 Im Auftrag des Krankenversicherers wurde die Versicherte am 18. November 2009 von Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Dieser stellte in seinem Gutachten vom 11. Januar 2010 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode. Die Kriterien für das Vorliegen einer Angststörung seien nicht erfüllt. Es beständen stress-assoziierte Tendenzen zur Hyperängstlichkeit, körperbezogene Ängste mit vegetativ-somatischen Korrelaten sowie somatoforme Ten-

denzen. In der bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte ohne Schichtarbeit zu 50 % arbeitsfähig. Bei einer geistig weniger anspruchsvollen und verantwortungsvollen Arbeit, mit wenig Anspruch an Flexibilität und geringerem Arbeits- und Zeitdruck sei die Arbeitsfähigkeit lediglich um 40 % reduziert.

3.4.1 Zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts beauftragte die IV-Stelle Dr. med. H.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. C.____ mit der Begutachtung der Versicherten. Im Gutachten vom 8. Juni 2010 konnte Dr. H.____ keine rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Es lägen keine Hinweise für eine organische Ursache der Schmerzen am ganzen Körper vor. Die von der Versicherten angegebenen schmerzhaften Punkte sprächen für ein weichteilrheumatisches Bild, was der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung aus dem psychiatrischen Fachgebiet entspreche. Die Diskushernien auf den Höhen L5/S1 und C5/6 wiesen keine radikuläre Symptomatik auf, weshalb keine klinische Relevanz bestehe. Im Bereich der Halswirbelsäule zeigten sich altersentsprechende degenerative Veränderungen. Aufgrund seiner Befunde komme er zum Schluss, dass eine körperliche Schwerarbeit der Versicherten nicht mehr zumutbar sei. Jegliche leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit könne die Versicherte dagegen ganztags und vollschichtig ausführen.

3.4.2 Dr. C.____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würde. Anlässlich der Untersuchung habe er im Gesichtsausdruck der Versicherten eine gewisse Müdigkeit und Depressivität, nicht aber eine Avitalität beobachtet. Psychomotorisch habe sie diskret verlangsamt gewirkt. Mimik und Gestik seien etwas reduziert gewesen. Die Auffassungsgabe, die kognitiven und intellektuellen Ressourcen, Sprachinitiierung und Sprachfluss seien unauffällig, der Sprachtonus eher leise und die Sprachmodulation monoton gewesen. Im formalen Denken sei die Versicherte auf ihre gesundheitlichen Beschwerden eingeengt, jedoch nicht verlangsamt gewesen. Ihre Gedanken seien jederzeit gut verständlich, organisiert und kohärent gewesen. Die Grundstimmung sei depressiv, aber nicht in einem schwergradigen Sinne. Es habe eine gewisse, aber seltene affektive Schwingungsfähigkeit bestanden. Die Versicherte habe etwas affektverarmt, aber nie affektverflacht oder -starr gewirkt. Im Verlauf der Untersuchung sei deutlich geworden, dass sie sich in allen Bereichen ihres Lebens als höchst dysfunktional beschreibe. Folge man ihren subjektiven Angaben, so müsste eine mittelgradige depressive Episode vermutet werden. Bei der Erhebung der Tagesaktivitäten falle jedoch auf, dass die Versicherte einigen Tätigkeiten wie gelegentlich kochen, bügeln, Wäsche erledigen, jeden Freitag Nachmittag das Enkelkind hüten, nachgehen könne. Eine schwere depressive Episode sei aufgrund dieser häuslichen Tätigkeiten auszuschliessen, da solche bei einer schwergradigen Depression gemäss ICD-10 kaum noch möglich wären. Eine erhebliche Diskrepanz in den Angaben der Versicherten sei insofern festzustellen, dass sie zuerst pauschal erkläre, dass sie am Tag nichts unternehme, aber bei gezieltem Nachfragen doch noch einige Tätigkeiten nenne, die sie ausüben könne. Gerade das Hüten eines dreijährigen Kindes sei mit einer vollumfänglichen Dysfunktionalität nicht zu vereinbaren. Der objektive Psychostatus zeige nicht genügend Befunde, um von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgehen zu können. Er deute die von der Versicherten beschriebene Dysfunktionalität als Verdeutlichungstendenz. Aggravation und Begehrlichkeit schliesse er da-

gegen aus. Er gehe deshalb davon aus, dass eine leichtgradige depressive Episode vorliege. Gestützt auf die Foerster-Empfehlungen beständen bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode Funktionseinbussen im Umfang von 20 %. Darin seien die erhöhte Ermüdbarkeit, der Antriebsmangel, eine gewisse psychomotorische Verlangsamung und eine reduzierte psychische Belastbarkeit berücksichtigt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe somit in der bisherigen und in einer alternativen Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Es würden sich invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren (rudimentäre Schulbildung, fehlende Berufsausbildung, einfache Deutschkenntnisse, schwierige eheliche Situation und Zusammenleben mit einem IV-berenteten Ehemann) finden lassen, welche die depressive Störung und die Funktionsunfähigkeiten als gravierender erscheinen lassen würden, als sie tatsächlich seien.

3.4.3 Die beiden Gutachter hielten in ihrer Konsensbeurteilung aus gesamtmedizinischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für jegliche leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztägig fest.

3.5 Nachdem die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 28. Juni 2010 der Versicherten mitteilte, dass sie beabsichtige, ihr keine Rente zuzusprechen, beantwortete Dr. E._____ am 15. November 2010 die Fragen des Rechtsvertreters der Versicherten. Es treffe zu, dass die Versicherte Haushaltsarbeiten erledige. Es sei jedoch zu beachten, dass solche Arbeiten frei einteilbar und nicht mit einer Erwerbstätigkeit vergleichbar seien. Zudem entspreche es seines Erachtens nicht den Tatsachen, dass sie ihr Enkelkind hüte. Ausserdem würde Dr. C._____ die Bedeutung von Depressionsskalen zu Unrecht relativieren. In der Psychiatrie ständen für die Diagnosestellung nebst Beobachtung und Gesprächen nur diese Tests zur Verfügung.

3.6 Am 18. März 2011 nahmen die Gutachter H._____ und C._____ Stellung zu den Einwänden von Dr. E._____. Sie führten zur Hamilton-Depressionsskala aus, dass diese hauptsächlich subjektive Angaben der Patienten würdige. Nur äusserst marginal würden dabei objektive Untersuchungsbefunde einbezogen. Die Beobachtung stelle dagegen ein ganz wesentlicher Bestandteil der psychiatrischen Exploration dar. Dr. C._____ habe in seinem Gutachten vom 8. Juni 2010 die Diskrepanzen zwischen subjektiven Angaben und den objektiven Befunden diskutiert. Gerade bei Vorliegen von Diskrepanzen seien die Ergebnisse der Hamilton-Depressionsskala vorsichtig zu interpretieren. Eine psychiatrische Exploration könne sich jedenfalls nicht allein auf solche psychometrische Hilfsmittel stützen. Dr. C._____ sah deshalb keinen Anlass, von seinen Ausführungen im Gutachten abzuweichen. In seinem Schreiben vom 1. Juli 2011 stellte er klar, dass er in seiner Beurteilung vom 8. Juni 2011 auf Seite 24 versehentlich eine Qualitätseinbusse von 35 % anstelle von 20 % vermerkt habe. Zu den Einwänden des Rechtsvertreters der Versicherten vom 30. September 2010 führte er weiter an, dass er keinen zwingenden Grund gesehen habe, Kontakt mit dem behandelnden Psychiater aufzunehmen. Dies gelte auch bezüglich der Frage, ob die Versicherte ihren Enkel tatsächlich hüte. Dr. E._____ habe darauf hingewiesen, dass er die Versicherte nicht zu Hause besucht habe, weshalb er nicht direkt beurteilen könne, ob und in welchem Umfang sie ihren Enkel betreue. Zu den weiteren Vorbringen verwies Dr. C._____ im Wesentlichen auf seine Ausführungen in seinem Gutachten vom 8. Juni 2011.

3.7 Mit Schreiben vom 25. September 2011 äusserte sich Dr. E.____ erneut zu den Ausführungen von Dr. C.____. Bei der psychiatrischen Beurteilung eines Menschen sei jeweils auch dessen Lebensgeschichte zu berücksichtigen. Der Unfall ihres Ehemannes im Jahr 2003 und dessen Schlaganfall im Jahr 2008 hätten die Versicherte sehr belastet und dekompensieren lassen. Er könne bei der Versicherten leichte Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen feststellen. Das formale Denke sei etwas gehemmt, verlangsamt und eingeeengt auf depressive Inhalte. Sie fühle sich traurig, innerlich leer, körperlich nicht fit und empfinde wenig Gefühle für andere. Die Vitalgefühle seien gestört, ihre Stimmung sei deprimiert und eine Hoffnungslosigkeit beherrsche das Bild. Da bei ihr eine gedrückte Stimmung, ein verminderter Antrieb, eine Unfähigkeit, Freude zu spüren, eine ausgeprägte Müdigkeit nach kleinsten Anstrengungen, Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens vorlägen, erfülle sie die Kriterien einer Depression gemäss ICD-10. Zusätzlich leide sie unter negativ-pessimistischen Zukunftsperspektiven, leichten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und einem Libido-Verlust. Somit seien alle Hauptsymptome für eine depressive Episode vorhanden. Da die Versicherte ein erhebliches Leiden habe und nur mit grossen Schwierigkeiten ihre sozialen, häuslichen und beruflichen Aktivitäten verrichten könne, sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nach ICD-10 F32.1 zu stellen.

4.1 Nach Würdigung der vorhandenen medizinischen Aktenlage ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle auf die Ergebnisse abstellte, zu denen die Gutachter H.____ und C.____ in ihrem Gutachten vom 8. Juni 2010 gelangten. Einzig in Bezug auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit kann den Schlussfolgerungen der Gutachter nicht gefolgt werden, worauf in der Erwägung 4.10 näher eingegangen wird. Was die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit der Versicherten angeht, ist dem Gutachten vom 8. Juni 2010 volle Beweiskraft zuzuerkennen. Das Gutachten weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 2.4 hiavor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es enthält überzeugende Schlussfolgerungen.

4.2 Was die Versicherte vorbrachte, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens der Dres. H.____ und C.____ in Frage zu stellen. Sie machte geltend, dass die Beurteilung von Dr. C.____ auf falschen Sachverhaltsannahmen beruhe. So hüte die Versicherte ihren Enkelsohn nicht. Ihre Tochter besuche sie jeweils am Freitagnachmittag mit dem Enkelkind. Dabei übernehme die Versicherte keine Betreuungsaufgaben. Zudem gelinge es der Versicherten kaum, Haushaltsarbeiten zu erledigen. Sie könne nicht täglich kochen und die Wäsche könne sie nur besorgen, wenn es ihr etwas besser gehe, dann aber auch nur mit Hilfe des Ehemannes. Es trifft zu, dass - entgegen der Annahme von Dr. C.____ - aufgrund der Akten nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Versicherte tatsächlich ihren Enkelsohn einmal wöchentlich an einem Nachmittag hütet. In dieser Hinsicht wies die IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung jedoch mit Recht darauf hin, dass die Betreuung des Enkelkindes nicht das einzige von Dr. C.____ angeführte Sachverhaltsmoment gewesen sei, um die von der Versicherten beschriebene vollständige Dysfunktionalität zu widerlegen. Dr. C.____ zeigte auf, dass es sich

bei konkreten Nachfragen herausgestellt habe, dass sie doch noch einige Tätigkeiten - wenn auch wenige und nicht täglich - im Haushalt und Alltag ausführen könne. Zum gleichen Ergebnis kam übrigens Dr. G.____, der in seinem Gutachten vom 11. Januar 2010 auch keine völlige Dysfunktionalität der Versicherten feststellen konnte. Wie schon Dr. C.____ hielt er fest, dass die Versicherte wenige Haushaltsarbeiten wie Putzen, Staubsaugen und Waschen in einem geringen Masse erledige. Gelegentlich gehe sie auch mit dem Ehemann oder ihrer Tochter einkaufen. Selbst Dr. E.____ bestätigte in seinem Bericht vom 15. November 2010, dass die Versicherte zum Teil Haushaltsarbeiten erledige.

4.3 Die Versicherte bemängelte weiter, der Gutachter Dr. C.____ habe zu Unrecht die subjektiven Angaben der Versicherte bei seiner Beurteilung ausser Acht gelassen. Gerade die Hamilton-Depressionsskala stelle ein wichtiges Instrument für die Diagnosestellung einer depressiven Erkrankung dar. Diese von Dr. G.____ und E.____ durchgeführten Tests hätten im Januar 2010 eine leichte bis mittelgradige und im November 2010 eine mittelgradige depressive Episode ergeben. In dieser Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass testpsychologische Untersuchungen sich weitgehend auf den Angaben und Selbsteinschätzungen der zu untersuchenden Person stützen und einzig der Überprüfung des klinischen Befunds dienen. Sie stellen somit eine Ergänzung der klinischen Erfassung der zu explorierenden Person dar. Entscheidend für die Qualität des Gutachtens ist aber in jedem Fall die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2009, 8C_695/2009, E. 3.2.3 und 2. Februar 2010, 8C_487/2010, E. 3.1.2). Gemäss den überzeugenden Feststellungen von Dr. C.____ ergaben die klinischen Untersuchungsbefunde eine recht erhebliche Diskrepanz zu den Angaben der Versicherten. Denn der von Dr. C.____ festgestellte Psychostatus der Versicherten war nur in einem geringen Grad eingeschränkt. Eine mittel- oder schwergradige depressive Erkrankung konnte er damit nicht begründen. Ausserdem legte er nachvollziehbar dar, auf welche Ursachen die Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den subjektiven Angaben der Versicherten (so z.B. Abschluss mit dem Berufsleben, Verdeutlichungstendenz) zurückzuführen sei.

4.4 Entgegen der Ansicht der Versicherten gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass Dr. C.____ die Begutachtung nicht fachkorrekt und neutral vornahm. Andere abweichende medizinische Beurteilungen vermögen allein die Objektivität von Dr. C.____ nicht in Frage zu stellen. So gehört es unter anderem zu den Pflichten des Gutachters, sich kritisch mit den Beurteilungen von Dr. E.____, Dr. G.____ und den Berichten der F.____ sowie der D.____ auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist schliesslich eine Frage der Beweiswürdigung. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden, können die abweichenden ärztlichen Beurteilungen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. C.____ erwecken. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Der begutachtenden Fachperson ist deshalb ein gewisser Spielraum zu gewähren, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Daher kann ein Gutachten nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelang-

gen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_694/2008, E. 5.1 und vom 19. September 2006, I 51/06, E. 3.1.2). Daran fehlt es vorliegend.

4.5 Es ist der Versicherten insoweit beizupflichten, dass die Abfassung eines medizinischen Berichts in beleidigendem oder unsachlichem Ton objektiv Zweifel an der Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person hervorrufen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2009, 9C_893/2009, E. 1.2.2 mit Hinweisen). Aus der von der Versicherten zitierten Stelle im Bericht von Dr. C.____ vom 1. Juli 2011 kann jedoch nicht auf dessen Voreingenommenheit geschlossen werden. Die Äusserung betrifft nicht die Versicherte, sondern richtet sich im Wesentlichen gegen die Wortwahl und die Vorwürfe des Rechtsvertreters im Einwandschreiben vom 30. September 2010 und erfolgte somit erst nach der Begutachtung. Der Bericht vom 1. Juli 2011 ist somit nicht geeignet, eine Befangenheit von Dr. C.____ zu begründen.

4.6 Im Weiteren nahm Dr. C.____ auf den Seiten 28 - 32 seines Gutachtens vom 8. Juni 2010 ausführlich Stellung zu den divergierenden ärztlichen Beurteilungen und erklärte nachvollziehbar und überzeugend, weshalb er zu anderen Schlüssen gelangte. Zur Beurteilung von Dr. G.____ führte Dr. C.____ aus, dass sich dieser auf psychometrische Depressionsskalen und die ICD-10 Kriterien stütze. Wie die psychometrischen Testungen würden die Kriterien gemäss ICD-10 vor allem die subjektiven Angaben der versicherten Person würdigen. Zu Recht wies Dr. C.____ darauf hin, dass die Kriterien gemäss ICD-10 nur erfüllt sein können, wenn sie mit den objektiven Befunden übereinstimmen. Gerade im vorliegenden Fall müssten die stark von den objektiven Befunden abweichenden subjektiven Angaben der Versicherten zurückhaltend gewürdigt werden. Aufgrund des objektiven Psychostatus (depressive Grundstimmung, teils erhaltene innerpsychische Vitalität, diskrete psychomotorische Verlangsamung, geringe Reduktion in Mimik und Gestik, gepflegtes äusseres Erscheinungsbild, uneingeschränkte kognitive Ressourcen, eingeengtes aber nicht verlangsamtes Denken, Affektverarmung aber keine Affektlabilität) könne keine mittelgradige depressive Episode begründet werden. Diese Schlussfolgerung ist einleuchtend; zumal die von Dr. G.____ festgehaltenen objektiven Befunde im Gesamtbild nicht wesentlich von denjenigen von Dr. C.____ abweichen. Zudem fehlt es bei der Einschätzung der 50%- bzw. 60 %igen Arbeitsfähigkeit von Dr. G.____ an einer Begründung. Seine Zumutbarkeitsbeurteilung kann deshalb nicht nachvollzogen werden, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Dagegen begründete Dr. C.____ seine Einschätzung dahingehend, dass die Versicherte aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit, des Antriebsmangels, der psychomotorischen Verlangsamung und einer gewissen psychischen Belastbarkeit zu 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei.

4.7 Ebenso wenig vermögen die Beurteilungen der D.____ vom 4. Juli 2003 und der F.____ vom 15. Dezember 2008, 2. Februar 2009 und 6. Mai 2009 die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. C.____ zu schmälern. Wie Dr. C.____ richtig feststellte, fehlt es im Bericht der D.____ vom 4. Juli 2003 an einem eigentlichen psychiatrischen Untersuchungsbefund, so dass die Diagno-

sen einer depressiven Störung, aktuell mittelschwerer Episode, eines beruflichen Erschöpfungssyndroms und einer Reaktion auf eine schwere Belastung nicht genügend nachvollzogen werden können. Wird der Krankheitsverlauf während der stationären und teilstationären Behandlung in der F._____ betrachtet, so fällt auf, dass sich der Schweregrad der depressiven Störung der Versicherten, welche bei Eintritt am 13. November 2008 an einer schweren Episode litt, bis zum Austritt aus der Tagesklinik per 13. März 2009 deutlich verbesserte. So diagnostizierten die behandelnden Ärzte bei Austritt eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig nur noch leichte Episode. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie in ihrem Bericht vom 6. Mai 2009 fest, dass die Versicherte ab Klinikaustritt anfangs zu 50 % in ihrer angestammten Tätigkeit eingeschränkt sei. Gleichzeitig wiesen sie darauf hin, dass die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gesteigert werden könne. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit nur für kurze Zeit Gültigkeit beanspruchen konnte und somit nicht abschliessend war. Selbst wenn die Ärzte von einer andauernden 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen wären, kann mangels Begründung nicht darauf abgestellt werden. Es fehlen insbesondere Angaben über die noch bestehenden psychischen Beeinträchtigungen bei Austritt. Die Ausführungen zu den psychischen Einschränkungen beziehen sich lediglich auf die Befunde bei Klinikeintritt.

4.8 Desgleichen kommt den Beurteilungen von Dr. E._____, welcher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 2008 attestiert, kein massgebender Beweiswert zu. Die Berichte vom 4. Juli 2008, 17. April 2009 und 7. April 2010 stellen Formularberichte dar, die einen wenig detaillierten objektiven Psychostatus der Versicherten und keine oder nur eine kurze Begründung für das Vorliegen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit enthalten. Im Schreiben vom 15. November 2010 beschrieb Dr. E._____ die Krankheitsgeschichte der Versicherten, ohne auf seine psychopathologischen Befunde näher einzugehen. Erst mit Bericht vom 25. September 2011 erfolgte eine eingehende Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten. Dr. E._____ kam zum Schluss, dass sie aufgrund der objektiven Befunde und der Lebensumstände an einer mittelgradigen depressiven Störung leide. Indem Dr. E._____ darauf hinwies, dass bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten nicht nur der objektive Psychostatus, sondern auch die Lebensgeschichte von Bedeutung sei, wird deutlich gemacht, dass er invaliditätsfremde Faktoren berücksichtigte. Solche Faktoren sind vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus jedoch unbeachtlich und vermögen keinen Leistungsanspruch zu begründen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Dagegen unterschied Dr. C._____ zwischen medizinisch begründeten und somit invaliditätsrelevanten gesundheitlichen psychischen Beeinträchtigungen sowie invaliditätsfremden Faktoren. Die von Dr. C._____ vorgenommene Differenzierung ist nachvollziehbar, weshalb ihr zu folgen ist.

4.9 Die Versicherte möchte schliesslich den Berichten der behandelnden Ärzte aufgrund derer langjährigen Beobachtung und Behandlung einen höheren Beweiswert zumessen als dem Gutachten von Dr. C._____, dessen Beurteilung auf einer Momentaufnahme beruhe. Die Versicherte erkennt dabei, dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Behandlung und die Anzahl der Untersuchungen ankommen kann. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. ULRICH MEYER-BLASER, Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung, in: Schaffhauser/Schlauri

[Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 23 f.). Konkrete Hinweise, die gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C._____ sprechen, sind nicht ersichtlich. Ausserdem stützte Dr. C._____ seine Beurteilung nicht nur auf eigene Befunde, sondern auch auf die Vorakten.

4.10 Die Versicherte machte darauf aufmerksam, dass Dr. C._____ die von ihm festgestellte Arbeitsfähigkeit von 80 % rückwirkend per 13. November 2008 festgelegt habe, also zu einem Zeitpunkt, als die Versicherte wegen ihrer depressiven Erkrankung in die F._____ eingetreten sei. Sowohl Dr. E._____ als auch die behandelnden Ärzte der F._____ diagnostizierten damals eine depressive Störung mit gegenwärtiger schwergradiger Episode. Es ist der Versicherten daher zuzustimmen, dass die retrospektive Festlegung des Beginns der 80%igen Arbeitsfähigkeit per 13. November 2008 fraglich ist. Da die behandelnden Ärzte der F._____ ab Austritt aus der Tagesklinik übereinstimmend mit Dr. C._____ eine depressive Störung leichten Schweregrades diagnostizierten, rechtfertigt es sich, den Zeitpunkt des Beginns der 20%igen Arbeitsunfähigkeit auf den Austritt der Tagesklinik per 13. März 2009 zu legen.

4.11 Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, so kann auf die beantragte Anordnung von weiteren Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

4.12 Im Sinne eines Zwischenergebnisses ist festzuhalten, dass es der Versicherten gestützt auf das Gutachten von Dr. H._____ und Dr. C._____ vom 8. Juni 2010 zumutbar ist, ab 13. März 2009 eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 80 % auszuführen.

5.1 Der Invaliditätsgrad ist bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG; Erwägung 1.4). Die IV-Stelle nahm in der angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2012 zur Ermittlung der Einschränkung der Versicherten im Erwerbsbereich den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ermittelte sie anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen einen Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 19 %. Die Versicherte beanstandete im Zusammenhang mit der konkreten Berechnung einzig, dass ein Abzug vom Tabellenlohn von 25 % vorzunehmen sei.

5.2.1 Von einem anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) erhobenen Invalideneinkommen sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflicht-

gemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 80 E. 5b/bb-cc; Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2010, 9C_721/2010, E. 4.2).

5.2.2 Die Einschätzung des leidensbedingten Abzuges ist stets eine Ermessensentscheidung. Bei der Überprüfung dieser Einschätzung kann es nicht darum gehen, dass das Kantonsgericht als kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Es geht vielmehr um die Frage, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Allerdings darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegend erscheinen lassen (BGE 126 V 75 E 6, 123 V 150 E. 2).

5.3 Die IV-Stelle nahm keinen Abzug vom Tabellenlohn vor, da den gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits im Rahmen der medizinisch noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % Rechnung getragen worden sei und die übrigen Kriterien auch nicht erfüllt seien. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. In der 20%igen Einschränkung sind die erhöhte Ermüdbarkeit, der Antriebsmangel, eine gewisse psychomotorische Verlangsamung sowie reduzierte psychische Belastbarkeit berücksichtigt. Auch eine knapp vierjährige Arbeitslosigkeit stellt keine derart lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt dar, als dass sie zu einem erhöhten leidensbedingten Abzug führen würde. Die Kriterien Alter, Nationalität/Aufenthaltsstatus sowie Anzahl Dienstjahre haben im Anforderungsniveau 4 keine Lohnminderungen zur Folge. Die von der IV-Stelle verfügte Ablehnung des Rentenanspruchs ist demnach nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

5.4 Da der von der IV-Stelle ermittelte Invaliditätsgrad von 19 % unter dem für einen Rentenanspruch mindestens erforderlichen Invaliditätsgrad von 40 % liegt, hat die Versicherte keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die von der IV-Stelle verfügte Ablehnung des Rentenanspruchs ist demnach nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

6.1 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. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu überbinden sind. Der Versicherten ist nun allerdings mit Verfügung vom 20. April 2012 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.

6.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Versicherten die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter 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 1. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 180.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Versicherten machte in seiner Honorarnote vom 31. Juli 2012 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 10,15 Stunden geltend, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Dasselbe gilt für die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 185.50. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'940.85 (10.15 Stunden à Fr. 180.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 185.50.-- + 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'940.85 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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