



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

**vom 5. Juli 2012 (720 11 119)**

---

### **Invalidenversicherung**

#### **Anspruch auf eine Invalidenrente**

|           |                                                                                                                                       |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Besetzung | Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler      |
| Parteien  | A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Ordàs, Advokat, Advokatur & Rechtsberatung TRIAS, Salinenstrasse 25, 4133 Pratteln |
|           | gegen                                                                                                                                 |
|           | <b>IV-Stelle Basel-Landschaft</b> , Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin                                              |
| Betreff   | IV-Rente                                                                                                                              |

A. Die 1965 geborene A.\_\_\_\_ betrieb mit ihrem Ehemann zwischen 1998 und 2007 ein Restaurant in X.\_\_\_\_. Am 11. August 2008 stolperte sie über einen Sockel und erlitt dabei eine Kniekontusion links. Ein weiterer Stolpersturz ereignete sich am 24. Mai 2009, bei welchem das rechte Knie betroffen war. Für die Folgen dieser beiden Unfälle erbrachte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) die gesetzlichen Leistungen.

B. Nach der Rückreise in die Schweiz war A.\_\_\_\_\_ vom 1. November 2008 bis 31. Dezember 2008 als Call-Center-Agentin beim B.\_\_\_\_\_ in einem Teilzeitpensum angestellt. Nachdem sie am 14. April 2009 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) ein Gesuch um Früherfassung unterbreitet hatte, meldete sie sich am 28. Mai 2009 unter Hinweis auf Kniegelenksbeschwerden bei der IV zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse der Versicherten lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. März 2010 einen Anspruch auf eine Invalidenrente mangels Renten begründenden Invaliditätsgrades ab. Dagegen erhob die Versicherte Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Mit Schreiben vom 13. Juli 2010 teilte die IV-Stelle mit, dass sie die angefochtene Verfügung lite pendente zwecks weiterer medizinischer Abklärungen aufgehoben habe. In der Folge schrieb das Kantonsgericht mit Beschluss vom 16. Juli 2010 das Verfahren als gegenstandslos ab. Gestützt auf die neuen medizinischen Ergebnisse der Beurteilungen von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 3. September 2010 und Dr. med. D.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Dezember 2010 ermittelte die IV-Stelle in Anwendung der allgemeinen Bemessungsmethode einen Invaliditätsgrad von 30 %. Nach durchgeführtem Vorbescheidsverfahren wies sie mit Verfügung vom 23. Februar 2011 einen Rentenanspruch der Versicherten ab.

C. Gegen diese Verfügung reichte A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Daniel Ordàs, am 22. März 2011 beim Kantonsgericht Beschwerde ein. Es wurde die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 % beantragt. Eventualiter sei der aktuelle Gesundheitszustand bzw. die daraus resultierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten in somatischer und psychiatrischer Hinsicht gutachterlich abklären zu lassen. Subeventualiter sei die Sache zur erneuten Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Zudem sei der Versicherten die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen. In der Begründung wurde im Wesentlichen die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_\_ beanstandet. Die Beschwerden der Versicherten würden unabhängig vom übermässigen Körpergewicht bestehen. Die Adipositas der Versicherten stelle daher keine Suchterkrankung dar und sei deshalb von versicherungsrechtlicher Relevanz. Die Versicherte könne ihr Gewicht nicht über ihr Verhalten steuern und es existiere keine geeignete Behandlung zur Gewichtsreduktion. Die Versicherte könne nur im Sitzen und nicht länger als eine Stunde am Stück arbeiten. Es seien deshalb immer wieder Stellungswechsel erforderlich. Unter Berücksichtigung von stündlichen Arbeitspausen von 15 Minuten belaufe sich die Tagesruhezeit auf 2 Stunden, d.h. die effektive Arbeitsdauer betrage 6 Stunden. Die Arbeitsverrichtung in einer anderen Position als im Sitzen sei zudem jeweils mit erheblichen Schmerzen verbunden. Aufgrund dieser Umstände resultiere insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit von über 40 %.

D. Mit Verfügung vom 24. März 2011 bewilligte das Kantonsgericht die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung der Versicherten.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 14. April 2011 hielt die IV-Stelle an ihrem Entscheid fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

F. Anlässlich der Urteilsberatung vom 11. August 2011 beschloss das Kantonsgericht den Fall auszustellen und ein polydisziplinäres Gutachten bei der E.\_\_\_\_ einzuholen. Die IV-Stelle erhob mit Schreiben vom 3. Oktober 2011 keine Einwände gegen eine Begutachtung. Sie stellte allerdings die Notwendigkeit eines weiteren Gutachtens unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Hämatologie und Allgemeine Innere Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), vom 23. September 2011 in Frage. Die Beschwerdeführerin erklärte sich am 21. Oktober 2011 telefonisch mit der Begutachtung einverstanden. Am 15. Februar 2012 stellte die E.\_\_\_\_ dem Gericht das polydisziplinäre Gutachten zu.

G. Die IV-Stelle stellte sich in ihrer Stellungnahme vom 6. März 2012 unter Verweis auf den RAD-Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom 6. März 2012 auf den Standpunkt, dass auf das schlüssige und nachvollziehbare Gutachten der E.\_\_\_\_ abgestellt werden könne. Es sei demnach festzustellen, dass die Adipositas der Versicherten versicherungsmedizinisch keinen Einfluss auf deren Arbeitsfähigkeit habe. Es sei deshalb davon auszugehen, dass in der angestammten Tätigkeit der Versicherten keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Dagegen könne sie eine adaptierte Arbeit zu 80 % ausführen.

H. Mit Eingabe vom 27. April 2012 machte die Beschwerdeführerin durch ihren Rechtsvertreter im Wesentlichen geltend, dass die Begutachter der E.\_\_\_\_ die medizinische Situation jeweils aus spezialärztlicher Sicht beurteilt hätten, ohne sich dabei vertieft mit den Ursachen und Folgen der Adipositas auseinanderzusetzen. Somit könne anhand der gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht hinreichend geklärt werden, ob eine körperliche oder psychische Erkrankung die Adipositas mitverursacht habe.

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 Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliess-

lich 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 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.

1.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen 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. Bei der Beurteilung der Frage, ob und allenfalls in welchem Umfang bei einer versicherten Person eine Arbeitsunfähigkeit besteht beziehungsweise wie die verbleibende Arbeitsfähigkeit verwertet werden kann, sind die Gerichte regelmässig auf entsprechende fachärztliche Einschätzungen und Stellungnahmen angewiesen. Widersprechen sich medizinische Berichte, darf das Gericht 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. So führte das Bundesgericht zu den Gerichtsgutachten aus, dass das Gericht "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten abweicht, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa). 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. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 118 V 290 E. 1b, 112 V 32 f. mit Hinweisen).

3. Vorliegend ist die Diagnosestellung unter den beteiligten Fachpersonen unbestritten. Streitig ist dagegen deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der Prüfung dieser Frage ist der Sachverhalt massgebend, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Februar 2011 entwickelte. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2, 169 E. 1 356 E. 1). In den Akten befinden sich die nachstehend zusammengefassten Arztberichte, welche sich zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten äussern:

3.1 Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersuchte die Versicherte am 18. November 2008. Er stellte dabei gemäss seinem Bericht vom 18. November 2008 einen Status nach Kniekontusion links bei vorbestehender Gonarthrose fest. Strukturell objektivierbare Unfallfolgen seien ossär radiologisch nicht dokumentiert. Klinisch beständen keine Hinweise auf eine Bandaffektion. Die chondropathischen Veränderungen des medialen Kompartiments seien zweifelsfrei degenerativer Natur. Der Versicherten sei die Ausführung sämtlicher durchschnittlicher Frauenarbeiten ganztags zumutbar. Nach dem zweiten Stolpersturz diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ in seinen Bericht vom 1. Oktober 2009 eine beidseitige Gonarthrose. Es würden keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen einer traumatisierten Kniearthrose vorliegen.

3.2 Nachdem sich die Versicherte bei der IV zum Bezug von Leistungen angemeldet hatte, holte die IV-Stelle als Erstes einen Bericht des Hausarztes Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, ein. Dieser diagnostizierte am 24. Juli 2009 eine morbid Adipositas und eine beidseitige Gonarthrose. Die Versicherte sei bis zum Sturz auf das linke Knie am 11. August 2008 uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen. Trotz Physiotherapie und analgetischer Therapie hätten die Knieschmerzen persistiert. Nach dem erneuten Stolpersturz vom 17. Mai 2009 auf das rechte Knie habe sich die gesundheitliche Situation verschlechtert. Gemäss MRI bestehe eine ausgeprägte Gonarthrose. Die Versicherte leide an keinen psychischen Einschränkungen. Körperlich ständen die belastungsabhängigen Schmerzen in beiden Knien im Vordergrund. Aufgrund der massiven Adipositas könne die Versicherte ihren angestammten Beruf als Restaurantangestellte nicht mehr ausüben. Es müsse eine Gewichtsreduktion angestrebt werden.

3.3 Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Handchirurgie, führte in seinem Bericht vom 30. Juli 2009 als Diagnosen einen Status nach Kniedistorsion rechts vom 17. Mai 2009, eine mediale Meniskusläsion rechts, eine medial- und femoropatellarbetonte Gonarthrose rechts, eine Gonarthrose links und eine Adipositas per magna auf.

3.4 Der RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ordnete am 4. Februar 2010 die Schwerfälligkeit und Kurzatmigkeit der Versicherten der Adipositas zu. Diese Beschwerden würden sich bei zumutbarer Gewichtsabnahme bessern. Zwar liege eine Gonarthrose vor. Diese beeinflusse die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in ihrer Tätigkeit in einem Call-Center jedoch nicht. Da die Adipositas als Suchterkrankung zu verstehen sei, könne sie keinen dauerhaften Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit begründen.

3.5 Da die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aufgrund der vorhandenen Arztberichte nicht zuverlässig beurteilt werden konnte, gab die IV-Stelle ein Gutachten bei Dr. C.\_\_\_\_ in Auftrag. Dieser veranlasste beim Institut für medizinische Bilddiagnostik Röntgenuntersuchungen. Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Radiologie, hielt in seinem Bericht vom 26. August 2010 beidseits fortgeschrittene Gonarthrosen und Femoropatellararthrosen mit randständigen Osteophyten an den Tibiaplateaus und den Femurkondylen sowie eine ausgeprägte Gelenkspaltverschmälerung am medialen Kniegelenk fest. Dr. C.\_\_\_\_ kommentierte diese Bilder dahingehend, dass der Gelenkspalt medial praktisch aufgehoben sei. Es finde sich die Situation "Knochen auf Kno-

chen". Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 3. September 2010 sodann eine fortgeschrittene medial betonte Gonarthrose beidseits fest. Rechts bestehe zudem ein Einriss des medialen Meniskus im Corpus und Hinterhorn. Die Adipositas per magna beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht. Die klinische Untersuchung zeige eine extreme Adipositas und eine eingeschränkte Kniebeweglichkeit. Eine radikuläre Symptomatik liege nicht vor. Aufgrund der fortgeschrittenen Gonarthrose sei die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit als Restaurantangestellte vollständig arbeitsunfähig. Auch im Verkauf bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, da sie nicht häufig stehen und gehen könne. In einer Verweistätigkeit sei ihr die Ausübung einer Arbeit ab Unfalldatum (= 11. August 2008) zu 80 % möglich, wenn sie dabei vorwiegend sitzen könne, die Möglichkeit habe, ab und zu die Position zu wechseln, nicht länger als eine Stunde am Stück sitzen, keine Lasten über 10 kg heben, stossen oder ziehen sowie nicht in Zwangsstellungen arbeiten müsse. Die 20%ige Einschränkung sei auf die Notwendigkeit der Arbeitspausen zurückzuführen. Die gesundheitliche Situation könnte durch eine Implantation zweier Knie totalprothesen definitiv verbessert werden. Eine solche Massnahme sei aufgrund des heutigen Körpergewichts unrealistisch bzw. kontraindiziert. Eine massive Gewichtsabnahme würde die Belastbarkeit der Knie wesentlich verbessern. Inwieweit die Verminderung des Körpergewichts die Arthroseschmerzsituation lindern würde, sei schwierig zu beurteilen, jedoch nicht auszuschliessen. Die Adipositas sei eine Suchterkrankung und deshalb nicht invalidisierend; d.h. die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien nicht auf die Adipositas, sondern auf die Gonarthrose zurückzuführen.

3.6 Über den psychischen Gesundheitszustand erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 5. Dezember 2010 Bericht. Als psychiatrische Diagnosen führte er Anpassungsstörungen mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23) bei Eheproblemen, akzentuierten Persönlichkeitszügen (dependent) und Problemen mit Wohnbedingungen und finanziellen Verhältnissen auf. Die Versicherte sei vor allem wegen ihrer Schmerzen und den Gonarthrosen bei Adipositas per magna in ihrem Gesundheitszustand beeinträchtigt. Sie sei in der Mobilität eingeschränkt und es bestehe eine Abhängigkeit vom Ehemann. Sie fühle sich dadurch abgewertet, sei oft angespannt, nervös und habe zeitweise Schlafstörungen. Eine klinisch relevante depressive Symptomatik liege jedoch nicht vor. Wegen der Anpassungsstörung bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

3.7.1 Mit Beschluss vom 11. August 2011 ordnete das Kantonsgericht die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der E.\_\_\_\_ zur Frage der gesamtmedizinisch bedingten Einschränkung der Versicherten und deren Leistungsprofil an. Zur Begründung führte es an, dass die bei der Versicherten diagnostizierte Adipositas und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Fragen aufwerfen würden. Es sei nicht ersichtlich, worin die Ursache für die Adipositas (BMI höher als 60) zu sehen sei. Damit sei unklar, ob allenfalls eine körperliche oder psychische Erkrankung die Adipositas mitverursacht habe. Des Weiteren sei fraglich, ob die Adipositas durch eine geeignete Behandlung oder durch eine zumutbare Gewichtsabnahme soweit reduziert werden könne, dass das Übergewicht in Verbindung mit den Folgeschäden keine Rentenrelevanz mehr habe.

3.7.2 In der E.\_\_\_\_ wurde die Versicherte internistisch-kardiologisch, psychiatrisch und rheumatologisch untersucht. Als die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Gesamtdiagnose wurde im Gutachten vom 15. Februar 2012 eine beidseitige Femoropatellar- und medial eine betonte Gonarthrose mit rechtsseitigem Einriss in Corpus und Hinterhorn des medialen Meniskus aufgeführt. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien die diskrete Supraspinatustendinose rechts mit Reizung des moderat degenerativ veränderten Acromioclaviculargelenks, die diskrete Subscapularistendinose links, pseudoradikuläre Missempfindungen im linken Arm, am ehesten im Rahmen der muskulären Dysbalance und der chronischen Überbelastung der oberen Extremitäten durch Gehen an Amerikanerstöcken, eine Neigung zur Hyperlaxizität, ein Status nach symptomatischer Fasciitis plantaris rechts bei plantarem Fersensporn, eine Adipositas (WHO Grad III), ein Diabetes mellitus und ein Status nach Anpassungsstörung.

3.7.3 Die von Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, vorgenommene fachärztliche Beurteilung stimmt im Wesentlichen mit derjenigen von Dr. C.\_\_\_\_ überein. Sie kam zum Schluss, dass die beidseitigen, belastungsabhängigen und zum Teil auch in Ruhe auftretenden Knie-schmerzen im Vordergrund ständen, welche durch die radiologisch gut dokumentierten, medial betonten Gon- und Retropatellararthrosen erklärt seien. Radiomorphologisch hätten die degenerativen Befunde im Vergleich zu den Voraufnahmen von 2010 nicht zugenommen. Für die aktuellen Beschwerden seien die ausgeprägten arthrotischen Veränderungen hauptursächlich verantwortlich. Inwieweit die Knieinnenläsionen von Relevanz seien, könne klinisch wegen der begrenzten Untersuchbarkeit nicht festgestellt werden. In Bezug auf die Schmerzen in der Schulter, welche zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. C.\_\_\_\_ noch nicht vorlagen, führte Dr. M.\_\_\_\_ aus, dass Hinweise auf eine Reizung des rechten Acromioclaviculargelenks sowie der rechten und linken Supraspinatussehne beständen. Radiologisch liege eine moderate Arthrose im rechten Acromioclaviculargelenk vor. Periarthropische Beschwerden seien häufig bei Personen zu finden, die sich längere Zeit auf Krücken abstützten, wie es die Versicherte tue. Die Kribbelmissempfindungen im linken Arm dürften am ehesten pseudoradikulärer Natur sein. Aufgrund der ausgeprägten Adipositas sei eine sichere Beurteilung der Muskulatur nicht möglich. Da die Beschwerden nicht ausgeprägt seien, keine Verkalkungen mit Projektion auf die Rotatorenmanschette als Hinweis für eine chronische Fehl-/Überbelastung der Sehnen vorhanden seien, seien diese Beschwerden nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem handle es sich um ein physiotherapeutisch gut behandelbares Beschwerdebild. Die Hyperlaxizität begünstige zwar die Gelenksbeschwerden. Dabei handle es sich aber nicht um eine die Arbeitsfähigkeit per se einschränkende Entität. Radiologisch könnten keine Veränderungen für die anlässlich der Untersuchung von Dr. C.\_\_\_\_ noch nicht vorhandenen belastungsabhängigen Beschwerden im Bereich der Handgelenke gefunden werden. Klinisch sei die Untersuchung der Hände unauffällig. Es sei davon auszugehen, dass diese Beschwerden auf das Gehen auf Amerikanerstöcken über mehrere Jahre zurückzuführen seien. Die Versicherte könne aufgrund der Problematik der Kniegelenke Tätigkeiten mit längeren Geh- und Stehperioden, wie z.B. als Restaurantangestellte oder im Verkauf, nicht mehr ausführen. Hingegen bestehe für Arbeiten, welche vorwiegend im Sitzen, teilweise auch im Stehen oder Gehen ausgeübt werden könnten, kein Tragen von Gewichten über 10 kg beinhalteten und für welche keine Zwangsstellungen notwendig seien, eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer 20%igen Leistungseinschränkung bedingt durch den mit dem Positionswechsel verbundenen vermehrten Zeitaufwand.

3.7.4 Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Kardiologie, stellte aus spezialärztlicher Sicht keine kardiologische Krankheit fest. Die Untersuchung zeige einen für den Zustand der Versicherten absolut normalen Befund. Aufgrund der Echokardiographie habe sich die bei Adipositas per magna häufig anzutreffende leichte linksventrikuläre Hypertrophie und eine diastolische Dysfunktion mit leicht dilatiertem linkem Vorhof gezeigt. Aufgrund dieser Befunde könnten die Kniebeschwerden und die Leistungsintoleranz mit Anstrengungsdyspnoe nicht kardial erklärt werden. Er gab jedoch zu Bedenken, dass bei der persistierenden Adipositas per magna mit einer arteriellen Hypertonie, einem Diabetes mellitus und dem entsprechenden Risiko von kardiovaskulären Problemen zu rechnen sei.

3.7.5 Eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit konnte auch Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nicht feststellen. Er gestand aber zu, dass es schwierig sei, die Versicherte zu beurteilen. In der Untersuchung finde sich eine sehr adipöse Explorandin, die grösste Mühe habe, einige Schritte zu gehen und ins Keuchen gerate. Entgegen ihren Angaben sei es ihr möglich gewesen, ohne Probleme über eine Stunde ruhig im Stuhl sitzen zu bleiben. Sie wirke im Verhalten etwas auffällig (insbesondere unreif und kindlich, aber nicht introspektiv). Es könnten allenfalls dependente Züge angenommen werden, wobei nicht klar sei, inwieweit solche wirklich vorlägen. Hinweise auf eine eigentliche Persönlichkeitsstörung oder eine anderweitige psychiatrisch relevante Störung würden sich nicht finden lassen. Die Adipositas persistiere seit etwa der Pubertät, die massive Gewichtszunahme sei jedoch erst in den letzten Jahren erfolgt. Es sei allerdings schwierig, die Angaben der Versicherten aufgrund ihrer teilweisen Widersprüchlichkeit zu interpretieren. Es sei anzunehmen, dass tatsächlich eine übertriebene Nahrungszufuhr bestehe, welche die Versicherte jedoch bestreite. Essstörungen wie z.B. Bulimie könnten nicht bestätigt werden. Aufgrund der Unterlagen sei von einem Status nach Anpassungsstörung durch Beziehungsprobleme und der belastenden psychosozialen Situation auszugehen. Aktuell liege eine solche aber nicht mehr vor. Aufgrund der nicht vorhandenen Motivation und der geringen Introspektionsfähigkeit könnten keine sinnvollen psychiatrischen Massnahmen durchgeführt werden. Die Versicherte habe keine Einsicht in die Problematik der Adipositas und des möglich gestörten Essverhaltens.

3.7.6 In Bezug auf die vom Kantonsgericht aufgeworfenen ungeklärte Frage, ob die Adipositas der Versicherten invalidisierend sei, wurde in der Konsensbeurteilung ausgeführt, dass die diagnostizierte Adipositas aufgrund der spezialärztlichen Befunde weder körperliche noch geistige Schäden verursache bzw. Folge davon sei. Des Weiteren wurde auf die fachärztliche Untersuchung von Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH Endokrinologie/Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, Ernährungszentrum des St. Clara Spitals, vom 2. Februar 2012 hingewiesen, welche zur Evaluation eines bariatrischen Eingriffs durchgeführt wurde. Prof. P.\_\_\_\_ konnte keine endokrine Ursache für die Adipositas feststellen. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den angegebenen Essmengen und dem hohen Grundumsatz. Dies würde darauf hindeuten, dass die Versicherte ihre Essmengen nicht gut einschätzen könne. Grundsätzlich sei die Versicherte mit ihrem hohen BMI und ihren körperlichen Einschränkungen auf konservativem Wege nicht imstande, entscheidend an Gewicht abzunehmen. Auch die Folgeerkrankungen würden für eine bariatrische Operation sprechen.

3.7.7 Aus gesamtmedizinischer Sicht kamen die Gutachter der E.\_\_\_\_ zum Schluss, dass die Versicherte aufgrund der Problematik beim Bewegungsapparat überwiegend gehende und stehende Arbeiten nicht mehr ausführen könne. Dagegen bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Aus rheumatologischer Sicht sei erforderlich, dass die Arbeit vorwiegend im Sitzen, mit der Möglichkeit zu stehen oder zu gehen, ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten über 10 kg und ohne Zwangsstellungen ausgeübt werden könne. Die Einschränkung von 20 % sei auf den durch den Positionswechsel vermehrten Zeitaufwand zurückzuführen.

3.8 Der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 6. März 2012 aus, dass auf das Gutachten der E.\_\_\_\_ abgestellt werden könne. Es sei festzuhalten, dass der Adipositas weder eine psychische noch somatische vorbestehende Erkrankung zugrunde liege. Es würden auch keine krankhaften Störungen vorliegen, die bei einer erfolgreichen Therapie (Gewichtsreduktion) bestehen bleiben würden. Die Adipositas habe somit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

4.1 Das vom Kantongericht in Auftrag gegebene Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2012 erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemässe Voraussetzungen an ein Gutachten. Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 2.3 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 ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Es enthält eine ausführliche Darlegung und eingehende Würdigung der medizinischen Aktenlage. Die einzige in rheumatologischer Hinsicht bestehende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit wird von den beiden Fachärzten Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_ identisch beschrieben. Beide kommen aufgrund ihren persönlichen Untersuchungen zum Schluss, dass die Versicherte eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit Möglichkeit zum Positionswechsel, ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Gewichten über 10 kg und ohne Zwangshaltungen zu 80 % ausüben könne. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprächen, gibt es keine. Das Gutachten weist weder Widersprüche auf noch liegen abweichende medizinische Beurteilungen vor. Dies wird von der Versicherten auch nicht geltend gemacht. Im Gutachten wird aufgrund der umfassenden Untersuchungen deutlich, dass die Adipositas weder körperliche und geistige Schäden verursacht noch Folge von solchen Schäden ist. Weiter zweifeln die Gutachter des E.\_\_\_\_ nicht an der Behandelbarkeit der Adipositas und der Zumutbarkeit einer bariatrischen Operation (vgl. Konsensbeurteilung auf S. 39 und 40 des Gutachtens). Damit ist davon auszugehen, dass die Adipositas mit einer der Versicherten zumutbaren Gewichtsabnahme soweit reduziert werden kann, dass das Übergewicht in Verbindung mit den Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit zur Folge hat. Aufgrund dieser Ausführungen ergibt sich, dass die Adipositas keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität bewirkt.

4.2 Was die Versicherte vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens der E.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2012 in Frage zu stellen. Sie machte geltend, dass die Gutachter die medizinische Situation jeweils aus spezialärztlicher Sicht beurteilt hätten, ohne sich vertieft mit den Ursachen und Folgen der Adipositas auseinanderzusetzen. Insbesondere setze sich Dr. O.\_\_\_\_ in psychiatrischer Hinsicht nicht mit den möglichen Gründen des gestörten Essverhaltens auseinander. Er stelle lediglich fest, dass die übermässige, unkontrollierte Nahrungsaufnahme nicht auf eine Beeinträchtigung des psychischen Zustandes mit Krankheitswert zurückzuführen sei. Es sei jedoch nicht auszuschliessen, dass die schicksalhaften Ereignisse in der Jugend (Todesfälle von zwei Schulkolleginnen, sexueller Übergriff) einen pathologischen Zustand hervorgerufen hätten, der die bis heute andauernde Essstörung ausgelöst habe. Bei dieser Argumentation wird verkannt, dass solche Schlüsselereignisse für die Annahme einer invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung nicht ausreichen. Gemäss Rechtsprechung bedarf es hierzu einer fachärztlich (psychiatrisch) gestellten Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Dr. O.\_\_\_\_ konnte aufgrund seiner Befunde lediglich einen Status nach Anpassungsstörung feststellen, welche auf Beziehungsprobleme und die belastende psychosoziale Situation zurückzuführen sei. Diese Beeinträchtigung habe jedoch keinen Krankheitswert. Damit ist aber auch gleichzeitig davon auszugehen, dass das gestörte Essverhalten zwar psychisch bedingt ist, aber nicht in einer Invalidität begründenden Ausmass.

4.3 Den Ausführungen der Versicherten, wonach die Notwendigkeit der Arbeitspausen eine höhere Leistungsminderung als 20 % ausmachen würde, kann ebenfalls nicht gefolgt werden. Die IV-Stelle führte in ihrer Vernehmlassung hierzu richtig aus, dass die tägliche Pausendauer bei einer Leistungseinschränkung von 20 % bei einem 8,5-Stunden-Arbeitstag rund 1,7 Stunden betrage. Verteilt auf zwei Tagestranchen (je 4,25 Stunden) ergeben sich jeweils stündliche Pausen von ca. 13 - 15 Minuten. Unter diesen Umständen ist es der Versicherten ohne weiteres möglich, eine Verweistätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil auszuüben.

4.4 Die Versicherte führte weiter an, dass die Zumutbarkeit eines bariatrischen Eingriffs aufgrund der Ausführungen von Prof. P.\_\_\_\_ noch nicht abschliessend entschieden sei. Es trifft zu, dass Prof. P.\_\_\_\_ den bariatrischen Eingriff noch von der Beurteilung einzelner Fragen (Schlafstruktur, Abklärung des Erschöpfungszustandes, evtl. Vorliegen eines ADHS) abhängig macht. Aus seinen Ausführungen geht jedoch hervor, dass er einen solchen Eingriff befürwortet und diesen der Versicherten auch grundsätzlich zumutet. Könnte eine bariatrische Operation aus irgendeinem Grund nicht durchgeführt werden, so steht für ihn fest, dass andere Massnahmen zur Gewichtsreduktion in Frage kämen. Dass eine Gewichtsreduktion den Gesundheitszustand der Versicherten verbessern könnte und eine solche der Versicherten grundsätzlich zumutbar ist, wird auch von keinem der involvierten Ärzten ernsthaft in Frage gestellt.

5.1 Der Invaliditätsgrad ist bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG, vgl. auch Erwägung 1.3). Die IV-Stelle nahm in der angefochtenen Verfügung vom 23. Februar 2011 zur Ermittlung der Einschränkung der Versicherten im Erwerbsbereich den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ermittelte sie anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen einen Inva-

Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 30 %. Die Versicherte machte im Zusammenhang mit der konkreten Berechnung einzig geltend, dass ein Abzug vom Tabellenlohn von 15 % vorzunehmen sei. Dabei übersieht sie, dass die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 23. Februar 2011 für die invaliditätsbedingten Einschränkungen bereits einen Abzug von 15 % berücksichtigte. Weitere Kriterien, die einen höheren Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich (vgl. bundesgerichtliche Kriterien zu den Abzügen vom Tabellenlohn: BGE 126 V 80 E. 5b). So fällt das Alter bei Versicherten, welche einfache und repetitive, dem Anforderungsniveau 4 der LSE entsprechende Tätigkeiten verrichten, in der Regel nicht weiter ins Gewicht, da auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt Hilfsarbeiten grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden. Ebenso nimmt die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist, weshalb dieser Faktor keinen Anlass zu einem (weiteren) Abzug vom Tabellenlohn gibt (vgl. BGE 126 V 79 E. 5a/cc). Unter Würdigung der gegebenen Umstände und in Berücksichtigung der in Betracht fallenden Merkmale ist es deshalb nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle der Versicherten einen Abzug vom Tabellenlohn von 15 % gewährte.

5.2 Da der von der IV-Stelle ermittelte Invaliditätsgrad von 30 % 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<sup>bis</sup> Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 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 24. März 2011 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 wurde, 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 27. April 2012 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 14,16 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. 250.20. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'024.20 (14,16 Stunden à Fr. 180.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 250.20 + 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. 3'024.20 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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