

BL_GERICHTE 720 2012 304 / 50 vom 19. Juli 2007

BL Gerichte, 2007-07-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2012_304_50

FR: BL_GERICHTE 720 2012 304 / 50 du 19 juillet 2007

IT: BL_GERICHTE 720 2012 304 / 50 del 19 luglio 2007

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 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 5. Oktober 2012 ist demnach einzutreten.

E. 2

In ihrer Replik vom 29. November 2012 hat die Beschwerdeführerin ergänzend vorgebracht, dass sie sich erstmals am 30. Mai 2007 und damit vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet habe. Anwendbar sei damit, insbesondere in Bezug auf die Frage eines allfälligen Rentenbeginns, der bis zum 31. Dezember 2007 geltende aArt. 48 IVG. Im Zusammenhang mit der Prüfung des anwendbaren Rechts ist vorab auf dieses Vorbringen einzugehen.

E. 2.1

Am 1. Januar 2008 ist die Änderung des IVG vom 6. Oktober 2006 (5. IV-Revision) in Kraft getreten. In intertemporalrechtlicher Hinsicht sehen deren Schlussbestimmungen eine – im vorliegenden Fall nicht weiter interessierende – Sonderregelung betreffend die Besitzstandswahrung bei Taggeldern für laufende Eingliederungsmassnahmen vor. In Bezug auf den Rentenanspruch enthalten die Schlussbestimmungen dagegen keine übergangsrechtliche Sonderregelung. Für die Beurteilung der Frage, welches Recht bei der Beurteilung des Rentenanspruchs Anwendung findet, ist deshalb auf die allgemeinen Kriterien des intertemporalen Rechts abzustellen (vgl. BGE 132 V 220 E. 3.1.1). Danach gilt der Grundsatz, dass diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 130 V 259 E. 3.5 mit Hinweis).

E. 2.2

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat als weisungsberechtigte Aufsichtsbehörde gestützt auf Art. 64 und Art. 64a Abs. 1 lit. b IVG im Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 Weisungen zur 5. IV-Revision und zum Intertemporalrecht erlassen. Danach ist grundsätzlich dasjenige Recht anwendbar, welches bei Eintritt des Versicherungsfalles in Geltung stand. Ist der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten, so gilt demnach altes Recht und die versicherte Person kann sich noch innerhalb eines Jahres seit Eintritt des Versicherungsfalles ohne Einbusse an Rentenleistungen bei der IV anmelden (vgl. Art. 48 Abs. 2 IVG [in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung]). Tritt der Versicherungsfall hingegen ab 1. Januar 2008 oder später ein, so ist das neue Recht anwendbar. In diesem Fall entsteht der Rentenanspruch grundsätzlich erst sechs Monate nach Anmeldung bei der IV (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG [in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung]). Ausgenommen davon sind jedoch jene Fälle, in denen das Wartejahr noch vor dem 1. Januar 2008 zu laufen begann und im Jahr 2008 erfüllt wurde. Diesfalls ist die Rente abweichend von Art. 29 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung ab Ablauf des Wartejahres auszurichten. Auch wenn das Gericht an die Verwaltungsweisungen nicht gebunden ist, weicht es praxisgemäss nicht ohne triftigen Grund davon ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Damit wird dem Bestreben einer rechtsgleichen Gesetzesanwendung Rechnung getragen (vgl. BGE 133 V 591 E. 6.1). Das trifft auf die genannte Weisung des BSV zu.

E. 2.3

Vorliegend ist die Beschwerdeführerin gemäss den vorliegenden Akten in ihrer angestammten Tätigkeit seit dem 13. April 2007 (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 4. Juni 2007, IV-Akten Dokument Nr. 7; Meldung der Arbeitsunfähigkeit Kollektiv-Taggeld C. Versicherungen AG vom 20. Juni 2007, IV-Akten Dokument Nr. 33), spätestens jedoch seit dem 3. Mai 2007 (vgl. Arztbericht für Erwachsene, Dr. med. D., Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 4. Juli 2007, IV Akten Dokument Nr. 8) vollständig arbeitsunfähig. Das Wartejahr für den Rentenanspruch begann somit spätestens am 3. Mai 2007 zu laufen und endete am 4. Mai 2008. Die Renten begründende Invalidität (Versicherungsfall gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000 und Art. 4 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 28 ff. IVG; vgl. BGE 137 V 417 ff.) wäre demnach nach dem 1. Januar 2008 eingetreten, weshalb der strittige Rentenanspruch grundsätzlich gemäss den ab 1. Januar 2008 geltenden, neuen Rechtsgrundlagen zu beurteilen ist. Hingegen hat das Wartejahr noch vor dem 1. Januar 2008 zu laufen begonnen. Die Auszahlung einer allenfalls geschuldeten IV-Rente hätte demnach in Abweichung dieses Grundsatzes bereits nach Ablauf des Wartejahres, somit spätestens im Mai 2008, zu erfolgen.

E. 3

Materiell strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht abgelehnt hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. September 2012 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

E. 3.1

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung 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. Invalidität im Sinne dieser Bestimmung ist die durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheits-schaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG).

E. 3.2

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung 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 Vergleich 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 f. E. 2a und b).

E. 3.3

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet damit die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 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). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte. Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (vgl. BGE 130 V 345 E. 3.1.1). 4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere 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 (vgl. BGE 132 V 99 f. mit weiteren Hinweisen). 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 (vgl. Ulrich Meyer - Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit

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 relevanten 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 der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). 4.3 Dennoch erachtet es die 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 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren 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 (vgl. Urteil des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf deshalb nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) nicht zu, ein Administrativoder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende

Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

E. 5

Unter den Parteien umstritten ist vorliegend insbesondere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

E. 5.1

Zu dieser Frage sind die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

E. 5.1.1

Der behandelnde Arzt Dr. med. D. , Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Arztbericht an die IV-Stelle vom 21. April 2008 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: eine Sichelzellenanämie, Thalassämie mit Splenomegalie; eine chronische Hepatitis B; eine schwere Depression mit Erschöpfungszuständen; eine Lumboischialgie, rechts mehr als links; Knieschmerzen beidseits und Hypertonie. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach Operation einer inkarzierten Nabelhernie im August 2002 sowie rezidivierende Magen- und Bauchschmerzen. Die Versicherte sei als Hilfsarbeiterin seit dem 3. Mai 2007 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Denkbar wäre eine höchstens sitzende, leichte manuelle Tätigkeit von zwei Stunden am Tag. Die Prognose sei eher ungünstig.

E. 5.1.2

Mit Bericht an die IV-Stelle vom 29. Mai 2008 stellte Dr. med. E. , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Anpassungsstörungen mit gemischten Störungen von Gefühlen und Sozialverhalten sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom fest. Diese Diagnosen hätten eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lägen nicht vor. Die Versicherte sei seit Behandlungsbeginn im Januar 2004 zu 100% arbeitsunfähig. Tätigkeiten im Sinne einer Arbeit ausserhalb des gewohnten Haushalts seien ihr nicht mehr zumutbar. Sie habe bereits grosse Mühe, den Haushalt zu bewältigen. Die Therapiemöglichkeiten seien aus psychiatrischer Sicht ausgeschöpft, die Prognose sei als eher ungünstig zu beurteilen.

E. 5.1.3

Prof. Dr. med. F. , Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, und Dr. med. G. , Allgemeine Innere Medizin FMH, stellten im hepatologischen Untergutachten vom 16. April 2009 die Diagnosen einer chronischen habe-Antigennegativen Hepatitis B, conatal oder über Transfusion in der Türkei 2002, im Verlauf habe-Antigen-Negativierung zwischen September 2002 und Januar 2003 mit erhöhten Transaminasen, einer Viruslast von 280 Mio IU/ml und einer persistierenden Splenomegalie bei unauffälliger Leberonographie; einer symptomatischen Splenomegalie; einer Eisenmangelanämie bei Thalassaemia intermedia und Sichelzellanämie; einem Status nach inkarzierter Nabelhernie; einem Status nach Ovarialzysten-Operation sowie einer Depression. Davon hätten die Eisenmangelanämie, die Splenomegalie und die Depression Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der Versicherten bestehe eine hochreplikative chronischaktive Hepatitis B. Eine antivirale Therapie sei dringend indiziert. Inwieweit die beklagte

allgemeine Müdigkeit durch die Hepatitis B verursacht werde, sei letztlich nicht eindeutig zu klären, könne jedoch nicht ausgeschlossen werden. Im Vordergrund schienen jedoch die schwere Eisenmangelanämie und die hämatologische Grundkrankheit zu liegen. Aus hepatologischer Sicht werde keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erkannt, ausser für den Einsatz in der Gastronomie, als zahntechnische Angestellte bzw. in Berufen, in denen durch Verletzung der Haut das Blut der Patientin mit Klienten oder Nahrungsmitteln in Kontakt kommen könnte. Die ausgeprägte Splenomegalie verhindere ausserdem die Arbeitsfähigkeit für schwere bis mittelschwere Tätigkeiten. Für einfache Arbeiten ohne körperliche Tätigkeit werde keine Einschränkung erkannt.

E. 5.1.4

Gemäss dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen bidisziplinären psychiatrischneurologischen Gutachten der asim vom 24. August 2008 seien mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme autonome Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein Verdacht auf hypochondrische Störung zu diagnostizieren. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien Probleme in der Lebensführung, ein chronisches Zervikozephalosyndrom mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migräniformer Komponente und ohne radikuläres Reiz- oder sensomotorisches Ausfallsyndrom sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärem Schmerzsyndrom ohne sensomotorisches Ausfallsyndrom. Aus rein neurologischer Sicht sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu postulieren. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich bei multiplen funktionellen Diagnosen, die vermutlich weitgehend im Zusammenhang mit Problemen in der Lebensführung stünden, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in jeder Verweistätigkeit von 20%.

E. 5.1.5

Gemäss Bericht von Dr. med. H. , Gastroenterologie FMH, vom 25. Oktober 2010 bestehe derzeit in Bezug auf die chronische Hepatitis B keine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, ausser für den Einsatz der Patientin in der Gastronomie und in Heilberufen.

E. 5.1.6

Dem Bericht von Dr. D. vom 5. November 2010 ist zu entnehmen, dass die Versicherte im Rahmen eines Eisenmangels, tiefem Blutdruck und Anämie an chronischer Müdigkeit und Schwindel sowie verschiedenen Gelenkbeschwerden leide. Mehrmalige Infusionen mit Eisenpräparaten hätten keine oder keine dauernde Besserung gebracht. Bei deutlicher Verschlechterung des Hepatitis B-Verlaufs sei eine Leberbiopsie durchgeführt worden.

E. 5.1.7

Gemäss Stellungnahme von pract. med. I. , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionalärztlicher Dienst (RAD), vom 2. Dezember 2010 sei keine gesamtmedizinische Diskussion unter Einbezug der hämatologischen Situation der Versicherten geführt worden. Da jedoch zwischen depressiver Symptomatik einerseits und Müdigkeit und Antriebslosigkeit in Zusammenhang mit der schweren Eisenmangelanämie Interferenzen und gegebenenfalls Verstärkungen anzunehmen seien, sei eine abschliessende polydisziplinäre Begutachtung mit den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie, Hämatologie und internistischer Fallführung durchzuführen.

E. 5.1.8

Dres. med. J. , Hämatologie FMH, und K. , Hämatologie FMH, berichten am 6. Januar 2011 über die Untersuchung der Versicherten vom 23. November 2010 und 21. Dezember 2010 und halten fest, dass die Versicherte vor allem durch die Anämie in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sei. Vorgenommen wurde eine in der Zukunft fortzusetzende parentale Eisensubstitution.

E. 5.1.9

Dem Bericht von Prof. Dr. med. L. , Hämatologie FMH, und Dr. K. , Hämatologie FMH, vom 9. Juni 2011 zufolge klage die Versicherte weiterhin über konstante Müdigkeit und leichte Druckgefühle, teilweise mit Schmerzen im Oberbauch links. Die Einnahme von Eisentabletten habe keine Wirkung gezeigt. Bei der Verlaufskontrolle vom 24. Mai 2011 wurde eine parentale Eisensubstitution durchgeführt. Von weiteren Eiseninfusionen werde aufgrund des aktuell stabilen klinischen Zustands abgeraten.

E. 5.1.10

Mit Gutachten vom 9. Februar 2012 stellte die Ärzteschaft der ABI folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: eine Anämie bei Alpha-Thalassämie und Sichelzellenanomalie mit Splenomegalie und Eisenmangel; eine hochreplikative chronisch aktive Hepatitis B und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit generalisiertem Schmerzsyndrom, eine latente Hypothyreose, eine Hiatushernie unter Refluxösophagitis bei Status nach Laparotomie bei axialer Hiatushernie (1990), eine Endometriose Stadium II (Erstdiagnose Februar 2011) bei Status nach Adnexektomie und Endometriumdestruktion Ovar rechts im Februar 2011 sowie ein Status nach zweimaliger Nabelhernien-Operation zu diagnostizieren. In der fachärztlichen allgemeininternistischen Fallführung wird von Dr. med. M. , Allgemeine Innere Medizin FMH, ausgeführt, dass die Versicherte in erster Linie über Kraft- und Energielosigkeit, Erschöpfung und Ganzkörperschmerzen klage. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen, der anamnestischen Angaben und der erhobenen Untersuchungsbefunde stünden aus allgemeininternistischer Sicht eine schwere therapieresistente Anämie multifaktorieller Ätiologie bei bekannter Alpha-Thalassämie und Sichelzellanomalie sowie ein therapieresistenter Eisenmangel mit konsekutiv erklärbarer Müdigkeit im Vordergrund. Im Kontext der Hämoglobinopathie fände sich eine ausgeprägte Splenomegalie mit rezidivierenden Abdominalgien. Daneben fände sich eine hochreplikative chronisch aktive Hepatitis B mit leicht erhöhten Transaminasen. Aus rein hämatologischer Sicht könnten der Versicherten nach telefonischer Rücksprache vom 21. Dezember 2011 mit Dr. med. N. , Stellvertreter und Leitender Arzt Hämatologie, Universitätsspital Basel, aufgrund der bekannten Thalassämie und zusätzlichen Sichelzellanomalie mit konsekutiver Anämie und symptomatischer Splenomegalie körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit Kälteexpositionen und auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsangestellte bleibend nicht mehr zugemutet werden. Für körperlich leichte, wechselbelastete Tätigkeiten bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30%. Dr. M. hält ferner fest, dass der Versicherten aufgrund der Hepatitis B eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% attestiert werden könne. Die Einschränkungen aus hämatologischer und hepatologischer Sicht ergänzten sich bezüglich möglicher Pausen, es bestehe kein additiver Effekt. Der psychiatrischen Fachbegutachtung von Dr. med. O. , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zufolge würden bei der Versicherten eine leichte

depressive Episode mit depressiven Verstimmungen, Ängsten, Antriebsstörungen, erhöhter Müdigkeit am Tag, Schlafstörungen in der Nacht mit Albträumen und traumatischen Erinnerungen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit ausgeweiteten somatischen Beschwerden, insbesondere am Bewegungsapparat, vorliegen. Es bestünden deutlich ausgeprägte psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren. Aus den Akten würden auch deutlichere depressive Phasen ersichtlich. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe, bedingt durch die vorliegende depressive Störung und insbesondere der daraus folgenden erhöhten Ermüdbarkeit, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Die somatoforme Schmerzstörung wirke sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die höhere Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Psychiater Dr. med. E. , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und seine Diagnose einer Anpassungsstörung könnten nicht nachvollzogen werden, der entsprechende Bericht sei ungenau. Gemäss neurologischer Fachbeurteilung durch Dr. med. P. , Neurologie FMH, stünden nach Angaben der Versicherten Schmerzen am ganzen Körper im Vordergrund, bei starker Druckempfindlichkeit sämtlicher Gelenke und Muskeln. Sie könne keinen fokalen Schmerz angeben. Aus rein neurologischer Sicht fänden sich keine Anhaltspunkte für eine neurologische Grunderkrankung. Insbesondere fehlten Anhaltspunkte für eine radikuläre Symptomatik oder eine Störung der langen Bahnen sowie für eine Polyneuropathie-Symptomatik. Differenzialdiagnostisch stehe ein Zusammenhang zur Sichelzellenanämie zur Diskussion. Dabei handle es sich jedoch nicht um eine eigentliche neurologische Erkrankung, so dass diesbezüglich die internistisch-hämatologische Beurteilung ausschlaggebend sei. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Versicherten körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten sowie Tätigkeiten, die eine Kälteexposition voraussetzen, bleibend nicht mehr zugemutet werden könnten. Für körperlich leichte und adaptierte Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70%. Die Einschränkungen aus psychiatrischer und allgemeininternistischer Sicht würden sich bezüglich möglicher Pausen ergänzen, es bestehe kein additiver Effekt. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit einem erhöhten Pausenbedarf von 15 Minuten pro Stunde und einem leicht reduzierten Rendement. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente und der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten werde davon ausgegangen, dass die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit seit dem 3. Mai 2007 bestehe.

E. 5.1.11

Mit Stellungnahme vom 2. April 2012 bekräftigt der behandelnde Dr. D. seine Einschätzung, dass die Versicherte bei einer leichten Tätigkeit lediglich im Umfang von zwei Stunden täglich arbeitsfähig sei.

E. 5.1.12

Der behandelnde Dr. E. bestätigt mit Schreiben vom 15. April 2012 die Diagnose einer mittelschweren depressiven Erkrankung. Die lebensbedrohliche Splenomegalie wirke sich auf die depressive Symptomatik und die psychiatrische Schmerzsymptomatik verstärkend aus. Die beiden psychiatrischen Diagnosen seien ferner nicht getrennt zu betrachten.

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vollumfänglich

auf die Ergebnisse des Gutachtens der ABI und ging davon aus, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer körperliche leichten Tätigkeit im Umfang von 70%, vollschichtig realisierbar, zuzumuten sei.

E. 5.3

Wie in Erwägung 4.3 hiervor ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und Spezialärzten volle Beweiskraft zuzuerkennen, wenn diese aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, und solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Vorliegend liegen solche Anhaltspunkte – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – beim der Verfügung zugrundeliegenden Gutachten der ABI jedoch vor, weshalb letztlich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts nicht abschliessend darauf abgestellt werden kann. So stützt sich das Gutachten bezüglich der hämatologischen Beschwerden und Erkrankungen im Wesentlichen auf die telefonischen Auskünfte von Dr. N. . Indessen finden sich in den Akten keine Schriftstücke dieses Spezialisten; ein Gesprächsprotokoll des geführten Telefonats liegt ebenfalls nicht vor. Augenscheinlich hat Dr. N. die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht. Ferner wird aus den Akten nicht deutlich, welche Unterlagen Dr. N. für die Erörterung des vorliegenden Falls zur Verfügung standen und mit welchem Wissen er seine Schlussfolgerungen gezogen hat. Schliesslich geht aus dem Gutachten der ABI nicht eindeutig hervor, ob sich Dr. N. überhaupt zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäussert hat. Aufgrund der Komplexität dieser Problematik (schwere therapieresistente Anämie multifaktorieller Ätiologie bei bekannter Alpha-Thalassämie und Sichelzellanomalie sowie ein therapieresistenter Eisenmangel) wäre jedoch die hämatologische Untersuchung und Begutachtung der Beschwerdeführerin durch einen Spezialisten unabdingbar gewesen. So hat auch der RAD-Arzt pract. med. I. bereits mit Aktennotiz vom 2. Dezember 2010 festgehalten, dass das erste Gutachten der asim aufgrund der fehlenden hämatologischen Untersuchung als mangelhaft anzusehen sei und mit Aktennotiz vom 1. April 2011 die Notwendigkeit einer hämatologischen Begutachtung bekräftigt. Der Arztbericht von Prof. L. und Dr. K. vom 9. Juni 2011 wird von den begutachtenden Ärzten der ABI erwähnt, lässt überdies jedoch keine weitere Beurteilung der hämatologischen Problematik zu, da er sich – abgesehen von einem Hinweis, dass die Leistungsfähigkeit durch die Anämie beeinträchtigt sei – nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äussert. Auch betreffend die hepatologische Problematik fehlt eine spezialärztliche Untersuchung. Das Gutachten stützt sich diesbezüglich auf die Ausführungen von Dr. F. vom 16. April 2009 und von Dr. H. vom 25. Oktober 2010, bejaht im Gegensatz zu diesen jedoch einen Einfluss der Hepatitis B auf die Arbeitsfähigkeit. Das Gutachten der ABI vermag schliesslich insbesondere in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge nicht zu überzeugen. Die begutachtenden Ärzte stellen zwar in hämatologischer Hinsicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten in der Höhe von 30%, in hepatologischer Hinsicht eine solche von 20% und in psychiatrischer Hinsicht eine solche von 20% fest, verneinen aber jeden additiven Effekt, da sich die Einschränkungen bezüglich möglicher Pausen ergänzen würden. Im Raum stehen derweil drei Diagnosen, namentlich die Anämie, die Hepatitis und die depressive Störung, bei denen jeweils Müdigkeit und Antriebslosigkeit als massgebliches Symptom für die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit angegeben werden. Angesichts der diagnostizierten Leiden und der Beurteilung der Leistungsfähigkeit in den einzelnen Disziplinen ist nicht

nachvollziehbar, weshalb die hepatologischen Einschränkungen einerseits und die psychiatrischen Limitierungen andererseits neben den hämatologischen Leiden keine weitergehende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit begründen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin wird nicht schlüssig begründet, weshalb sich diese Einschränkungen gegenseitig kompensieren sollen. Der blosser Verweis auf einen erhöhten Pausenbedarf vermag die Verneinung additiver Effekte nicht zu stützen. Hinzu kommt, dass aktenkundig von ärztlicher Seite die Möglichkeit von gegenseitigen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Krankheiten, namentlich auch einer Auswirkung der somatischen Beschwerden auf die psychiatrische Problematik, angesprochen wird (vgl. Aktennotiz des RAD-Arztbes pract. med. I. vom 2. Dezember 2010; Schreiben von Dr. E. vom 15. April 2012), womit sich das Gutachten ebenfalls nicht auseinandersetzt. Für eine abschliessende Beurteilung der Leistungsfähigkeit erscheinen somit spezialärztliche hämatologische und hepatologische Untersuchungen und eine Konsensualbeurteilung der Einschränkungen mit besonderem Augenmerk auf allfällige Interferenzen, Verstärkungen und Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Diagnosen angezeigt. Eine solche Begutachtung rechtfertigt sich um so mehr, als die von der Ärzteschaft der ABI beurteilte Leistungsfähigkeit von derjenigen der behandelnden Ärzte deutlich abweicht, wenngleich auf deren Berichte mangels schlüssiger Begründung und Vollständigkeit ebenfalls nicht abgestellt werden kann. Aus dem Ausgeführten folgt, dass eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts ohne eine ergänzende Abklärung nicht möglich ist. 6.1 Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1 ff.). 6.2 Da die Beschwerdegegnerin vorliegend nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorgenommen hat (vgl. Erwägung 5.3) und es nicht Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Die angefochtene Verfügung vom 6. September 2012 ist folglich aufzuheben und die Angelegenheit ist an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung zurückzuweisen. Diese hat die Beschwerdeführerin in hämatologischer, psychiatrischer, hepatologischer und neurologischer Hinsicht umfassend begutachten zu lassen, wobei mittels einer Konsensualbeurteilung der Spezialärzte eine vertiefte Auseinandersetzung über mögliche Interferenzen, Wechselwirkungen und Verstärkungen zwischen den somatischen Beschwerden untereinander und zwischen den somatischen Beschwerden und der psychiatrischen Problematik zu erfolgen hat. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 6.3 Damit erübrigt sich das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe, indem sie trotz der Einwendungen der Beschwerdeführerin keine konsensuale Lösung bei der Wahl der Begutachtungsstelle angestrebt habe, ihre Mitwirkungsrechte und damit im Verfahren der Begutachtung die in BGE 137 V 210 ff.

aufgestellten Vorgaben verletzt. Auf der Grundlage des auf den 1. März 2012 in Kraft getretenen, neu gefassten Art. 72 bis IVV hat das BSV das Zuweisungssystem "SuisseMED@P" etabliert, dem alle Gutachteninstitute angeschlossen sind, die über eine entsprechende Vereinbarung mit dem Bundesamt verfügen. Die Vergabe der MEDAS-Begutachtungsaufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art. 72 bis Abs. 2 IVV). Das Verfahren der Auftragsvergabe für polydisziplinäre Gutachten via SuisseMED@P richtet sich nach Anhang V des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI; gültig ab 1. Januar 2010, Stand: 1. Februar 2013). Ergänzend ist festzuhalten, dass zwar ein Konsens über die Gutachterstelle erstrebenswert ist, darauf aber kein Rechtsanspruch besteht (vgl. BGE 137 V 210, E. 3.4.2.6; Urteil des Bundesgerichts vom 9. Mai 2012, 9C_950/2011, E. 1.1 und 3.4; Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27. März 2012, IV.2012.00101, E. 2.6). Allfällige Vorbringen gegen die ausgewählte Gutachterstelle wären von der Beschwerdeführerin im Rechtsmittelverfahren nach Erlass der Zwischenverfügung vom 8. Juli 2011 anzubringen gewesen, die jedoch unangefochten blieb. 7.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). 7.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten. 7.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Beschwerdeführerin als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 29. November 2012 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von 18 Stunden und 55 Minuten erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen, zumal ein Anteil des zeitlichen Aufwands zu einem reduzierten Tarif für juristische Volontäre verrechnet wird. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von Fr. 359.30. Der Beschwerdeführerin ist demnach eine Parteientschädigung in der geltend gemachten Höhe von Fr. 4'078.10 (8:25 Stunden à Fr. 250.-- + 10:30 à Fr. 125.-- + Auslagen von Fr. 359.30 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

E. 8

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete

Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 6. September 2012 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'078.10 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu entrichten.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.