



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 2. Juni 2022 (720 21 295 / 129)

Invalidenversicherung

Invalidenrente: Beweiskraft der RAD-Aktenbeurteilung

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1972 geborene A._____ arbeitete zuletzt vom 1. September 2016 bis 14. Dezember 2018 bei der B._____ GmbH als Pflegehilfe. Am 16. August 2019 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Diskushernie, Kopfschmerzen, Schwindel, einen Tennisarm, Verspannungen im Rücken sowie Knorpelabnutzungen im Knie bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) gewährte berufliche Massnahmen, die in der Folge aufgrund der Covid-19-Pandemie abgebrochen werden mussten. Anschliessend klärte die IV-Stelle die gesundheitlichen, erwerblichen und haushalterischen Ver-

hältnisse ab. Gestützt auf die daraus gewonnenen Erkenntnisse ermittelte die IV-Stelle in Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung – mit Anteilen von 80% an Erwerbs- und 20% an Haushaltstätigkeit – einen Invaliditätsgrad von 15.25% und lehnte nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens einen Leistungsanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 19. August 2021 ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____ durch ihren Hausarzt, Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, am 16. September 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie sinngemäss, die Angelegenheit sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. August 2021 an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts und zum Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin in ihren alltäglichen Verrichtungen bereits deutlich eingeschränkt sei. Aktuell zeige sich bei Arbeitsversuchen, dass sie nicht nur bei körperlich starken Beanspruchungen, sondern auch bei sitzenden und stehenden Tätigkeiten an ihre körperlichen Grenzen stosse. Damit sei auch in einer angepassten Tätigkeit von Einschränkungen auszugehen. Neu leide die Beschwerdeführerin zusätzlich an einer Gonarthrose sowie an Beschwerden an der Lendenwirbelsäule (LWS). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerdegegnerin sei unrealistisch und aufgrund der medizinischen Begebenheiten nicht haltbar. Es sei vielmehr eine neue funktionsorientierte Abklärung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen.

C. Mit Eingabe vom 7. Oktober 2021 ersuchte die Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege.

D. In Ihrer Vernehmlassung vom 8. November 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Dr. C.____ stütze sich bei seiner Beurteilung ausschliesslich auf die subjektiv geklagten Beschwerden seiner Patientin ab.

E. Am 21. November 2021 reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen zum Beleg ihrer prozessualen Bedürftigkeit ein.

F. Mit Verfügung vom 5. Januar 2022 wurde der vorliegende Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

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

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, 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 eingereichte, von Dr. C._____ verfasste und von der Beschwerdeführerin mitunterzeichnete Laienbeschwerde vom 16. September 2021 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 19. August 2021 und damit vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. August 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

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

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

3.4 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; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b). Bei nichterwerbstätigen Versicherten, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit bzw. der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung). Seit dem 1. Januar 2018 bestimmt Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. a IVV, dass sich die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, nach Art. 16 ATSG richtet, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird.

3.5 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt –, ergibt sich nach konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 133 V 508 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen). Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 150 E. 2c, 117 V 194 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2011, 9C_741/2011, E. 2.1; je mit Hinweisen).

4. Ausgangspunkt bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet somit die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig bzw. im Aufgabenbereich eingeschränkt ist.

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

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es 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 351 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 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.4 Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherunginterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der

ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). 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) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. 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).

4.5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2018, 9C_273/2017, E. 3.1). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

5. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

5.1 Im Zuge einer Magnetresonanztomografie (MRT) am 14. Mai 2019 wurden bei der Versicherten eine fokale paramediane Diskushernie/Extrusion der Halswirbelkörper (HWK) 6/7 links mit leichter Kompression des Myelons und möglicherweise der Radix anterior C 8 links, eine aktivierte Spondylarthrose HWK 7/Brustwirbelkörper (BWK) 1 links mit Knochenmarksödem und geringem Gelenkserguss als Hinweis auf Hypermobilität, eine moderate knöcherne Foraminalestenose C 8 links, eine moderate Spondylarthrose HWK 2/3 links als mögliche Ursache der cervikalen Beschwerden sowie auf Höhe HWK 5/6 leichte degenerative Veränderungen festgestellt. Im kraniocervikalen Übergang hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden.

5.2 Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. Oktober 2019 Belastungsprobleme bedingt durch Migration und durch unerfüllte Beziehungen (ICD-10 Z73.3), einen Verdacht auf eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein mögliches Halswirbelsäulensyndrom sowie eine Adipositas per magna. Im Rahmen des Erstgesprächs mit testpsychologischer Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine depressive

Störung ergeben. Es bestünden jedoch erhebliche Belastungen durch die anhaltenden Schmerzen. Die Patientin erlebe sich als arbeitsunfähig, die soziale Integration sei bloss teilweise gelungen.

5.3 Dem Bericht der behandelnden neurologischen Fachärzte des Zentrums E.____ vom 17. Dezember 2019 sind folgende Diagnosen zu entnehmen: eine Cervikobrachialgie links, ätiologisch mögliche Wurzelirritation C 8 links bei paramedianer Diskusherniation HWK 6/7 links mit klinisch sowie radiologisch fehlenden Hinweisen auf ein sensomotorisches radikuläres Syndrom oder eine periphere Neuropathie; Sekunden anhaltende Schwindelattacken, differenzialdiagnostisch orthostatisch oder phobisch, ohne klinische Hinweise auf eine periphere oder zentral vestibuläre Störung; chronische Spannungskopfschmerzen, bildgebend ohne intrakranielle Pathologien, insbesondere ohne direkte Hinweise auf eine idiopathisch intrakranielle Hypertension.

5.4 Im Auftrag des zuständigen Krankentaggeldversicherers erstellte die F.____ AG am 10. Februar 2020 eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL). Die involvierten Fachärzte diagnostizierten darin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Cervikobrachialgie links bei möglicher Wurzelirritation C 8 links bei paramedianer Diskushernie HWK 6/7 links, eine intermittierende Lumbalgie sowie eine Gonalgie rechts bei beginnender medialer Degeneration und Osteophyt am medialen Femurcondylus. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Adipositas, ein Zustand nach Hysterektomie im Jahr 2014 sowie eine Urininkontinenz bei Zustand nach Blasensenkungsoperation festzustellen. Subjektiv beklage die Explorandin Nacken- sowie Schulter- und Armschmerzen links mit teilweiser Übelkeit und bei grösserer Anstrengung Schwindel, intensive Kreuzschmerzen sowie belastungsabhängige Knieschmerzen rechts. Objektiv seien im Rahmen der klinischen Untersuchung eine verspannte Nackenmuskulatur, eine Haltungsinsuffizienz bei Hyperlordose sowie eine Schulterprotraktion eruiert worden. Bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe sich die Explorandin bei fraglicher Leistungsbeurteilung und mässiger Konsistenz bis zum leichten Bereich belasten lassen. Es konnte eine verminderte Belastungstoleranz der Rückenmuskulatur, vor allem des Schulter- und Nackenbereichs sowie des Lendenbereichs, und eine verminderte Kniekraft rechts beobachtet werden. Zusammengefasst bestünden radiologisch gesicherte strukturelle-organische Veränderungen im Halswirbelsäulenbereich sowie im Bereich des rechten Knies sowie eine Haltungsinsuffizienz im Lendenbereich bei allgemeiner Dekonditionierung, die gesamthaft betrachtet zu einer medizinisch nachvollziehbaren Leistungsminderung führen könnten. Die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. In einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne häufigem Stehen, Knien und Treppensteigen sei grundsätzlich eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben. Unter Mitberücksichtigung der Notwendigkeit einer Rekonditionierung sowie einem Auftrainieren der Muskulatur werde ein sechswöchiges intensives Training empfohlen; nach zwei Monaten sei eine stufenweise Einarbeitung beginnend mit 50% und anschliessender monatlicher Steigerung um 25% möglich.

5.5 Mit Arztbericht vom 7. September 2020 zuhanden der IV-Stelle führte Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, dass die Patientin an einer psychosomatischen Belastungssituation, einer Adipositas per magna, an beiden Kniegelenken an Chondropathien mit medianer Überlastung des Epicondylitis Humeri radialis

links sowie an Myogelosen der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur leide. Die Patientin sei vor allem durch die psychosomatische Belastungssituation eingeschränkt. Aus orthopädisch-organisatorischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit als gegeben zu erachten.

5.6 Am 6. Januar 2021 berichtete Dr. G.____, dass sich die Patientin nach einer notfallmässigen Knieinfiltration zur Verlaufskontrolle gemeldet habe. Zu diagnostizieren sei eine akut exazerbierte Pangoarthrose mit Femoropatellararthrose und lateralisierter Patella, beginnender medialer und lateraler Gonarthrose mit Osteophyten am medialen und lateralen Femurcondylus. Die Patientin habe über 10 kg abgenommen und strebe eine Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin an. Als Befund sei ein massiver intraartikulärer Erguss im Kniegelenk mit deutlichen peripatellären Druckschmerzen sowie deutlich eingeschränkter Beweglichkeit festzustellen. Der Erguss sei punktiert und infiltriert worden. Die Situation betreffend die Knieschmerzen sei insgesamt dekompensiert. Als medizinische Praxisassistentin sei die Patientin arbeitsfähig.

5.7 In einem weiteren Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 13. Januar 2021 diagnostizierte Dr. G.____ eine Epicondylitis Humeri radialis links seit 2019, rezidivierende Lumbalgien sowie anamnestisch einen Status nach zervikaler Diskushernie. Die Patientin sei vom 8. Januar 2021 bis 31. Januar 2021 zu 50% arbeitsunfähig. Als medizinische Praxisassistentin sehe er eine volle Arbeitsfähigkeit als gegeben. Der Gesundheitszustand sei stationär.

5.8 Dr. med. H.____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle nahm mit Beurteilung vom 2. März 2021 zum vorliegenden Fall aus medizinischer Sicht Stellung. Sie führte aus, dass bei der Versicherten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen seien: (1) eine belastungsabhängige Cervikozephalgie und Cervikobrachialgie links bei degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule, einer Fehlhaltung im Sinne eines Hohlrundrückens, muskulären Dysbalancen sowie allgemeiner Dekonditionierung und Adipositas sowie (2) eine belastungsabhängige Gonalgie rechts mit beginnender medialer Degeneration und Osteophyt am medialen Femurcondylus, degenerativen Veränderungen am rechten Knie, Adipositas sowie Hyperlaxität. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde eine Adipositas, ein Status nach gynäkologischen Eingriffen, ein Tennisellbogen links sowie Belastungsprobleme bedingt durch Migration und durch unerfüllte Beziehungen (ICD-10 Z73.3). In der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin sei die Versicherte seit 1. Februar 2019 dauerhaft zu 100% arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Verweistätigkeit, d.h. einer leichten Wechseltätigkeit ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne Heben und Tragen von über 10 kg körpfernah, ohne Arbeiten in Inklination oder Überkopf, ohne Knien, Hocken oder Kauern, ohne Steigen auf Gerüsten und Leitern und ohne Gehen auf unebenem Boden sei seit 1. Februar 2019 eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zumutbar. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entspreche derjenigen der Ärzteschaft der F.____ AG sowie von Dr. G.____. Versicherungsmedizinisch sei dies nachvollziehbar, da die Versicherte durch Rekonditionierungsmassnahmen ihre Beschwerden in Bezug auf ein angepasstes Leistungsprofil kompensieren könne. Aus psychiatrischer Sicht sei durch den behandelnden Psychiater ebenfalls kein IV-relevantes Leiden objektiviert worden. Es könne folglich auf die Aktenlage abgestellt werden.

5.9 Mit Bericht vom 22. April 2021 diagnostizierte Dr. med. I.____, FMH Anästhesiologie sowie Intensivmedizin, ein chronisches, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, differenzialdiagnostisch ein Facettensyndrom LWK 4/5 und LWK 5/Sakralwirbelkörper (SWK) 1 mit flachen, breitbasigen foraminale Diskusprotrusionen LWK 2/3, LWK 3/4 und LWK 4/5 rechts ohne Kontakt zu neuralen Strukturen, einer rechtsbetonten aktivierten Spondylarthrose LWK 5/SWK 1, geringergradiger Spondylarthrose LWK 4/5, ohne Anhalt für Wurzelkompression L 4 rechts (gemäss MRT vom 28. Dezember 2020) sowie einen Status nach Facettengelenksinfiltration L 4/5 und L 5/S 1 rechts am 10. März 2021 mit anhaltender Schmerzlinderung; ferner einen Status nach ACP-Infiltration am rechten Knie sowie eine Adipositas mit BMI 35. Es sei anlässlich der Sprechstunde eine weitere Facettengelenksinfiltration L 4/5 und L 5/S 1 vorgenommen worden.

5.10 Dr. C.____ wandte sich mit Schreiben vom 7. Mai 2021 an die IV-Stelle und führte aus, dass aufgrund der aktuellen gesundheitlichen Situation zumindest mittelfristig nicht mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50% zu rechnen sei. Die Patientin sei bereits mit der Erledigung des Haushaltes sehr stark gefordert.

5.11 Mit Stellungnahme vom 11. Juni 2021 schloss die RAD-Ärztin Dr. H.____, dass seit der Beurteilung vom 2. März 2021 keine richtungsweisende Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden habe. Eine zeitliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit könne aufgrund der objektiven klinischen Befunde nicht begründet werden.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 19. August 2021 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Ausführungen ihrer RAD-Ärztin Dr. H.____ vom 2. März 2021 und 11. Juni 2021. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Beschwerdeführerin seit Eintritt des Gesundheitsschadens eine leichte Tätigkeit in Wechselbelastung ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne Heben und Tragen von über 10 kg körpfernah, ohne Arbeiten in Inklination oder Überkopf, ohne Knien, Hocken oder Kauern, ohne Steigen auf Gerüsten und Leitern und ohne Gehen auf unebenem Boden in einem vollen Pensum zumutbar sei.

6.2 Wie in Erwägung 4.4 hiervor ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall – wie vorliegend – ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist jedoch auch eine reine Aktenbeurteilung nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Dem Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Es sind allerdings bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (versicherungs-)ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel sind

vorliegend indessen nicht gegeben. Die bei der Beschwerdeführerin festgestellten Befunde und Diagnosen sind unbestritten und wurden mehrfach von verschiedenen Ärzten erhoben. Unbestritten ist auch, dass ihr die körperlich anspruchsvolle Tätigkeit als Pflegehelferin nicht mehr zumutbar ist. Die Beschwerdeführerin leidet – wie auch die RAD-Ärztin anerkennt – an verschiedenen Rücken- und Knieproblemen, welche ihre Arbeitsfähigkeit einschränken. Indessen wird sowohl von der Ärzteschaft der F.____ AG als auch vom behandelnden Facharzt Dr. G.____ postuliert, dass die Versicherte in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aufweist. Dieser Auffassung folgt auch Dr. H.____, wobei sie ein detailliertes Zumutbarkeitsprofil umschreibt, welches sämtliche gesundheitliche Einschränkungen der Beschwerdeführerin berücksichtigt. Die so vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erscheint schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann.

6.3 Daran vermögen auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Sie macht im Wesentlichen geltend, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der RAD-Beurteilung vom 2. März 2021 verschlechtert habe und die Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit unrealistisch sei. Tatsächlich wurde bei der Versicherten zeitlich nach der Beurteilung vom 2. März 2021 neu ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Diskusprotrusionen ohne neuralem Kontakt diagnostiziert, welches mit zwei Infiltrationen behandelt wurde. Weitere Infiltrationen sind aus den Akten nicht bekannt. Die Ausführungen des behandelnden Hausarztes Dr. C.____ in der Beschwerde legen den Schluss nahe, dass keine weitere intensive Behandlung der Beschwerden an der Lendenwirbelsäule erfolgt ist. Von ausschlaggebender Bedeutung ist jedoch, dass die neu hinzugekommenen Diagnosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen Einfluss auf das definierte Zumutbarkeitsprofil haben, zumal dieses bereits eine hochgradige Schonung der Wirbelsäule und des Rückens beinhaltet. Dies wird explizit auch von Dr. H.____ in ihrer Stellungnahme vom 11. Juni 2021 festgehalten. Ferner ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass Dr. C.____ in seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in keiner Weise zwischen der angestammten und einer leidensangepassten Tätigkeit differenziert. Damit vermag die anderslautende Einschätzung des behandelnden Arztes die fachärztliche Einschätzung von Dr. H.____ nicht in Frage zu stellen.

6.4 Zusammenfassend lassen die Beurteilungen der RAD-Ärztin vom 2. März 2021 und 11. Juni 2021 eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, weshalb die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage darauf abstellen durfte. Folglich ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer ihren Leiden angepassten Tätigkeit (vgl. E. 6.1 hiervor) zu 100% arbeitsfähig ist. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Antrag der Beschwerdeführerin, wonach weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen seien, nicht stattzugeben. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisangebote zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abge-

klärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

7.1 Bei Versicherten, die – wie die Beschwerdeführerin – bloss zum Teil erwerbstätig sind und daneben in einem Aufgabenbereich arbeiten, kommt bei der Invaliditätsbemessung die gemischte Methode zur Anwendung (E. 3.4 hiavor). Die Beschwerdeführerin beanstandet weder die Anwendung der gemischten Methode noch die für den Erwerb und den Haushalt von der Beschwerdegegnerin festgelegten Anteile (80/20). Sie bringt indessen sinngemäss vor, dass die in der Haushaltsführung festgestellten Einschränkungen zu tief bemessen seien.

7.2 Zusätzlich zu den Erkundigungen in medizinischer Hinsicht hat die IV-Stelle eine Abklärung betreffend die Einschränkungen im Haushalt veranlasst. Im entsprechenden Bericht vom 28. August 2020 wird ausgeführt, dass die Versicherte aktuell mit ihrer 2002 geborenen Tochter leben würde. Sie habe angegeben, dass sie heute ohne gesundheitliche Einschränkungen in einem 80%-Pensum arbeiten würde. Es sei ihr wichtig, einen Tag in der Woche Zeit für sich und den Haushalt zu haben. Die Abklärung vor Ort habe ergeben, dass die Versicherte aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden unter Berücksichtigung der Schadensminderungspflicht (Anpassung der Arbeiten, zumutbare Mithilfe der Tochter) in keinem Bereich der Haushaltsarbeiten (Ernährung, Wohnungspflege, Einkauf und weitere Besorgungen, Wäsche und Körperpflege, Betreuung von Angehörigen) eingeschränkt sei.

7.3 Die Beschreibung der Einschränkungen und deren Bewertung im Abklärungsbericht stehen in Übereinstimmung mit den medizinischen Einschätzungen und sind schlüssig und nachvollziehbar. Dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Beschwerden gewisse Arbeiten anders ausführen bzw. sich anders einteilen muss, ist unbestritten. Dass von der erwachsenen, zumindest bis zum Verfügungserlass und der Beschwerdeerhebung im selben Haushalt wohnenden Tochter im Rahmen der Schadensminderungspflicht eine gewisse Mithilfe erwartet werden kann, entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen). Aus dem Abklärungsbericht ergeben sich keinerlei Hinweise dafür, dass diese Mithilfe zu hoch angerechnet wurde. Es besteht deshalb kein Anlass, die Einschränkung im Haushalt höher zu bemessen, zumal die Beschwerdeführerin keine substantiierte Kritik am Abklärungsbericht vorbringt. Lediglich der Vollständigkeit halber kann zudem festgehalten werden, dass selbst eine vollständige Einschränkung im Haushaltsbereich sich im vorliegenden Fall nicht rentenrelevant auswirken würde. Damit ist festzustellen, dass die von der Beschwerdegegnerin festgestellte Einschränkung im Aufgabenbereich in der Höhe von 0% nicht zu beanstanden ist.

8. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 19. August 2021 ausserdem für den Erwerbsbereich den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Dabei hat sie das Valideneinkommen anhand der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2018, Sektor Gesundheits- und Sozialwesen, Spalte Frauen, Kompetenzniveau 2, ermittelt. Das Invalideneinkommen wurde mittels der Tabelle TA1 der LSE 2018, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Spalte Frauen, eruiert. Die Beschwerdeführerin bean-

standet den vorgenommenen Einkommensvergleich – zu Recht – nicht. Setzt man im Einkommensvergleich die ermittelten Validen- und Invalideneinkommen gegenüber, resultiert eine Erwerbseinbusse von 15.25%. In Anwendung der gemischten Methode ergibt sich daraus ein Invaliditätsgrad von 12%, womit die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

9. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin die Invalidität der Beschwerdeführerin korrekt ermittelt und einen Rentenanspruch zu Recht verneint hat. Die Beschwerde ist nach dem Ausgeführten abzuweisen.

10. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Nun hat die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 7. Oktober 2021 um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege ersucht. Fehlen einer Partei die nötigen Mittel und erscheint ihr Begehren nicht offensichtlich als aussichtslos, so wird sie gemäss § 22 Abs. 1 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 auf ihr Begehren von der Bezahlung der Verfahrenskosten und der Kosten von Beweismassnahmen befreit. Aus den mit Eingaben vom 7. Oktober und 22. November 2021 eingereichten Unterlagen ergibt sich, dass die prozessuale Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin zu bejahen ist. Zudem konnte ihre Beschwerde nicht offensichtlich als aussichtslos bezeichnet werden. Die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung sind demnach gegeben, weshalb dem betreffenden Gesuch entsprochen werden kann. Die Verfahrenskosten gehen demzufolge vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse. Die Beschwerdeführerin wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

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

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

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