



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

**vom 5. August 2021 (720 21 57 / 207)**

---

**Invalidenversicherung**

**Die Beurteilung des versicherungsinternen medizinischen Dienstes ist überzeugend, weshalb von weiteren Sachverhaltsabklärungen abzusehen ist**

**Besetzung** Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle,  
Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Johannes Mosimann,  
Advokat, Advokatur Gysin + Roth, Zeughausplatz 34, Postfach 375,  
4410 Liestal

gegen

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

**Betreff** IV-Rente

A.1 Die 1964 geborene A.\_\_\_\_ arbeitete bei der Wäscherei B.\_\_\_\_ und war in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 3. Dezember 1997 einen Verkehrsunfall erlitt. Dabei zog sie sich Verletzungen im Bereich des linken Knies und des rechten Handgelenks zu. Vom 15. Dezember 2008 bis 30. November 2009 war A.\_\_\_\_ sodann bei der C.\_\_\_\_ AG als Reini-

gungskraft tätig und wiederum bei der Suva unfallversichert. Am 6. August 2009 erlitt sie beim Bremsen mit einem Tretroller Fuss- und Handverletzungen. Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen für die Folgen dieser Unfälle.

A.2 Am 16. Februar 2011 meldete sich A.\_\_\_\_ unter Hinweis auf Unfallfolgen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der medizinischen, erwerblichen und haushälterischen Verhältnisse wies die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 21. Juni 2012 ab. Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

A.3 Am 11. März 2015 reichte A.\_\_\_\_ bei der IV-Stelle ein weiteres Leistungsgesuch ein. Nach Abklärung der Verhältnisse, Durchführung beruflicher Massnahmen und Einholung der Unfallakten ermittelte diese nunmehr in Anwendung der allgemeinen Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs einen Invaliditätsgrad von 16 %, worauf sie einen Anspruch von A.\_\_\_\_ auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 6. Januar 2021 erneut abwies.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Johannes Mosimann, am 10. Februar 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 6. Januar 2021 aufzuheben und es seien ihr eine volle Invalidenrente, eventualiter die gesetzlichen Leistungen, zuzusprechen. Subeventualiter sei die Verfügung vom 6. Januar 2021 aufzuheben und durch das Gericht ein umfassendes polydisziplinäres Obergutachten einzuholen. Subsubeventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, ein umfassendes polydisziplinäres Obergutachten einzuholen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie u.a. die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Advokat Johannes Mosimann als Rechtsvertreter. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe und die Bemessung der Invalidität fehlerhaft sei.

C. Mit Verfügung vom 12. Februar 2021 wurde der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Johannes Mosimann als Rechtsvertreter bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 26. März 2021 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihren Ausführungen eine Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 23. Februar 2021 bei.

E. Mit Instruktionsverfügung vom 12. April 2021 wurde dem Beschwerdeführer eine Kopie der Vernehmlassung der IV-Stelle vom 26. März 2021 (inkl. RAD-Bericht vom 23. Februar 2021) zur Kenntnisnahme zugestellt und die Angelegenheit der Dreierkammer zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass 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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 10. Februar 2021 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG).

3.2 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).

3.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkom-

men), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (vgl. BGE 128 V 29).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist das Gericht im Beschwerdefall auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. 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 Beweiswerts eines Arztberichts 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind

ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2).

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid von Bedeutung sind.

6.2 Am 20. Dezember 2015 diagnostizierte der behandelnde Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, Arthrosen in beiden Handgelenken, eine Instabilität der Sehnen im ersten Strecksehnenfach links, einen Status nach zweimaliger Spaltung, nach Operation einer lunotriqualen Bandläsion rechts im Juli 2014, nach einer Innenmeniskusteilresektion links und einer Teilmeniskektomie sowie ein Syndrom der Lendenwirbelsäule (LWS). Er behandle die Versicherte sei Anfang Juni 2013. Aufgrund der chronischen Schmerzen in beiden Handgelenken sei der Versicherten der Beruf als Krankenpflegerin seit dem 14. August 2015 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Verweistätigkeit ohne Belastung der Handgelenke bestünde aber eine vollständige Arbeitsfähigkeit.

6.3 Am 15. März 2016 wurde die Versicherte in der Klinik F.\_\_\_\_ im Rahmen eines ambulanten IV Assessments untersucht. Im Bericht vom 27. Mai 2016 wurden eine beginnende mediale Gonarthrose im linken Knie, Arthrosen in beiden Handgelenken, ein chronisches rezidivierendes LWS-Syndrom, ein Status nach Karpaltunnelsyndrom und nach komplexem regionalem Schmerzsyndrom diagnostiziert. Die Versicherte gebe aktuell im Wesentlichen Schmerzen im linken Kniegelenk und im Bereich des rechten Handgelenks sowie im Übergangsbereich der Hals- und Brustwirbelsäule (HSW, BWS) an. Zudem bestünden Schmerzen im mittleren BWS-Bereich rechtsbetont sowie im unteren LWS-Bereich mit Übergang zwischen LWS und Kreuzbein sowie im Bereich der Steissbeinspitze. Die geklagte Beschwerdesymptomatik erscheine unter Berücksichtigung der Unfallereignisse und der durchgeführten Operationen im Wesentlichen plausibel und nachvollziehbar. Es seien aber nicht sämtliche geklagten und demonstrierten Einschränkungen vollumfänglich erklärbar. Hinweise auf andere (psychische) Erkrankungen bestünden nicht. Die funktionellen Tests hätten gezeigt, dass der Versicherten die bisherigen beruflichen Tätigkeiten als Pflegerin und Mitarbeiterin im Reinigungsdienst nicht mehr zumutbar seien. Leicht- bis mittelschwer belastende Arbeiten seien ihr aber zu 100 % möglich, wobei wechselbelastende Tätigkeiten unter Vermeidung von Zwangshaltungen sowie bei Gewährung

zusätzlicher Pausen von 2 x 15 Minuten zu empfehlen seien. Voraussetzung für die Etablierung eines 100 % Pensums wäre aber die Verbesserung der allgemeinen physischen Kondition, vor allem der Stabilisierungsfähigkeit von Kniegelenk und Rumpf, welche mittels individuell konzipierten Physiotherapien, kombiniert mit einem fachlich angeleiteten Trainingsprogramm innerhalb von sechs Monaten erreicht werden sollte. Die berufliche Reintegration könne parallel zum empfohlenen Physiotherapie- und Trainingsprogramm in circa drei Monaten mit einem 50 % Pensum gestartet und monatlich um 10 % - 15 % gesteigert werden.

6.4 Am 7. August 2016 bestätigte Dr. E.\_\_\_\_ seine Einschätzung, wonach der Versicherten angepasste Verweistätigkeiten ohne Belastung der Handgelenke voll zumutbar seien.

6.5 Am 25. Oktober 2016 würdigte Dr. D.\_\_\_\_ die vorhandenen medizinischen Unterlagen. Er bestätigte, dass massgebliche und dauerhafte Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten sowie des Achsenorgans lumbal vorliegen würden und die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Pflegerin und im Reinigungsdienst nicht mehr möglich seien. In einer angepassten Tätigkeit sei jedoch abweichend zur Beurteilung im Bericht der Klinik F.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2016 bereits ab dem Entlassungszeitpunkt eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zumutbar. Konkrete Funktionseinschränkungen, die auch in angepassten Tätigkeiten eine Minderung der Arbeitsfähigkeit begründen würden, seien bereits im Bericht der Klinik F.\_\_\_\_ nicht mehr dokumentiert. Die muskuläre Stabilisierung von Rumpf und Kniegelenk stünde einer unlimitierten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht entgegen, denn die Befunde am Achsenorgan und Kniegelenk würden keine Funktionseinschränkungen aufweisen, die eine schwerpunktmässig sitzende berufliche Tätigkeit massgeblich limitieren würden. Die geltend gemachte massgebliche Verschlechterung sei nicht belegt.

6.6 Am 5. Juni 2018 wurde gestützt auf die Diagnose einer chronischen Epicondylitis humeri ulnaris rechts ein operativer Eingriff (in situ Dekompression des Nervus ulnaris und Denervation Epicondylus humeri ulnaris) vorgenommen (Operationsbericht vom 5. Juni 2018). Im Sprechstundenbericht des Spitals G.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2018 wurde festgehalten, dass die Versicherte aufgrund des operativen Eingriffs ab dem 5. Juni 2018 für insgesamt vier Wochen krankgeschrieben sei.

6.7 Am 5. März 2019 erfolgte im linken Knie eine diagnostisch-therapeutische Kniearthroskopie mit sparsamen Hoffa-Débridement/Resektion des Narbengels (Operationsbericht vom 13. März 2019). Am 17. April 2019 wurde im Spital G.\_\_\_\_ eine Sprechstunde durchgeführt, in deren Nachgang die behandelnden Ärzte im Bericht vom 23. April 2019 festhielten, dass die Arthroskopie eine gewisse Beschwerdeverbesserung gebracht zu haben scheine und vorerst keine weiteren Verlaufskontrollen geplant seien.

6.8 Am 21. Mai 2019 nahm Dr. D.\_\_\_\_ erneut Stellung, wobei er festhielt, dass vom Zeitpunkt der arthroskopischen Intervention am linken Knie bis zum Untersuchungszeitpunkt der ambulanten Verlaufskontrolle am 17. April 2019 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Hernach seien der Versicherten angepasste Verweistätigkeiten wieder vollumfänglich zumutbar.

6.9 Am 3. Oktober 2019 wurde der Versicherten eine mediale Hemiprothese implantiert. Im Bericht des Spitals G.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2020 wurde im linken Knie ein neuropathischer Schmerz im Bereich der Narbe diagnostiziert. Die Versicherte berichte über Taubheit und Berührungsempfindlichkeit über der Narbe und lateral davon. Im Bereich der Narbe spüre sie ein Stechen durch Nahtmaterial und es bestünde eine Berührungsempfindlichkeit im lateralen Bereich. Weiter wurde festgehalten, dass die Versicherte eine Neuraltherapie vorerst abgelehnt habe und sich bei Bedarf wieder melden würde.

6.10 Am 23. April 2020 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass ab dem Operationszeitpunkt am 3. Oktober 2019 bis zum 14. Januar 2020 behandlungsbedingt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Hernach habe die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wieder 100 % betragen. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht indiziert.

6.11 Am 17. September 2020 führte Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Spital G.\_\_\_\_, aus, dass sie keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen habe und ihr die derzeitige berufliche Tätigkeit der Versicherten nicht bekannt sei. Aufgrund der klinischen Symptomatik und der radiologischen Befunde seien der Versicherten medizinisch-theoretisch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten möglich. Nicht zumutbar seien Arbeiten über Kopf, gebückte und rotierende Tätigkeiten/Zwangshaltungen und das Heben von Lasten über 10 kg. Falls die Versicherte bisher nicht gearbeitet habe, könne ein Arbeitspensum von anfänglich 50 % nach und nach erhöht werden.

6.12 Im Bericht der Praxis I.\_\_\_\_ vom 28. September 2020 wurde darauf hingewiesen, dass am 30. Oktober 2020 eine (weitere) diagnostische Arthroskopie geplant sei. Eine Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei hernach möglich.

6.13 Am 4. Dezember 2020 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass sich aus handchirurgischem Fachgebiet kein Handlungsbedarf ergeben habe und die geplante Arthroskopie am Knie an der bisherigen RAD-Beurteilung nichts ändere. Es handle sich nicht um einen komplexen Eingriff. Eine angepasste, schwerpunktmässig sitzende Tätigkeit sei auch mit einer Restschmerzsymptomatik möglich. Auch Dr. H.\_\_\_\_ habe eine angepasste Tätigkeit für möglich erachtet. Ihre prozentuale Einschätzung betreffend das zumutbare Pensum habe sie jedoch eher arbiträr formuliert. Behandlungsbedingt könne ab dem Zeitpunkt des Eingriffs vom 30. Oktober 2020 für die Dauer von circa sechs bis acht Wochen eine initial volle Arbeitsunfähigkeit mit schrittweiser Mobilisation eingeräumt werden.

7.1 Die IV-Stelle ging in ihrer Verfügung vom 6. Januar 2021 gestützt auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. D.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2016, 21. Mai 2019, 23. April 2020 und 4. Dezember 2020 davon aus, dass die Versicherte in einer angepassten Verweistätigkeit – abgesehen von vorübergehenden behandlungsbedingten Absenzen – zu 100 % arbeitsfähig sei. Wie in Erwägung 4.2 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden

ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Liegen – wie hier – Berichte und Stellungnahmen von Ärzten verschiedener Fachrichtungen vor, die eine schlüssige Gesamtbeurteilung zulassen, bedarf es nicht zwingend eines umfassenden medizinischen (inter- oder polydisziplinären) Gutachtens (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2009, 8C\_964/2008, E. 3.1). Rechtsprechungsgemäss sind aber an versicherungsinterne Beurteilungen strenge Anforderungen zu stellen und bereits bei geringen Zweifeln an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C\_113/2009, E. 3.2; vgl. E. 4.3 hiervor). Solche Zweifel an der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ liegen indessen nicht vor. Vielmehr zeigte er in Würdigung der vorhandenen medizinischen Berichte und unter Berücksichtigung sämtlicher unfall- und krankheitsbedingten Beschwerden der Versicherten nachvollziehbar auf, dass zwar massgebliche und dauerhafte Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten sowie des Achsenorgans lumbal vorliegen und ihr deshalb die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Pflegerin und im Reinigungsdienst nicht mehr möglich sind. Angepasste Verweistätigkeiten sind ihr aber auch ohne vorgelagertes fachlich angeleitetes Trainingstherapieprogramm uneingeschränkt zumutbar. Insgesamt ist die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen überzeugend, weshalb die IV-Stelle bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage darauf abstellen durfte.

7.2 Die von der Beschwerdeführerin geäusserte Kritik an der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. D.\_\_\_\_ ist nicht geeignet, deren ausschlaggebenden Beweiswert in Frage zu stellen. Wenn sie geltend macht, dass die bei den Akten liegenden Berichte der behandelnden Ärzte teilweise veraltet resp. mangelhaft seien, ist ihr entgegenzuhalten, dass Dr. D.\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung sämtliche bei den Akten liegenden Berichte berücksichtigte und sich insbesondere aufgrund der Erkenntnisse aus dem umfassenden IV Assessment vom 15. März 2016 (Bericht der Klinik F.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2016) und der nachfolgenden Berichte der behandelnden Ärzte ein hinreichendes Bild zum Gesundheitszustand, der daraus resultierenden Leistungsfähigkeit und den Verlauf machen konnte. Er beurteilte die Beschwerden der Versicherten auch nicht isoliert, sondern im Gesamtkontext. Deshalb überzeugt auch seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wonach der Versicherten trotz der Hand-, Rücken-, Ellbogen und Kniebeschwerden eine angepasste Verweistätigkeit zu 100 % zumutbar ist. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ nicht lege artis erfolgt oder er die Wechselwirkung der verschiedenen Beeinträchtigungen nicht beachtet hätte, sind weder ersichtlich noch von der Beschwerdeführerin substantiiert dargetan. Die Beurteilungen der behandelnden Ärzte und Therapeuten, auf welche die Beschwerdeführerin verweist, vermögen keine Zweifel an den Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ zu erwecken, benennen sie doch keine relevanten Aspekte, die bei der Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Soweit die Beschwerdeführerin bemängelt, es seien weder psychiatrische noch neurologische Untersuchungen durchgeführt worden, ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der vorliegenden Unterlagen weder Anhaltspunkte für einen invalidisierenden psychischen- noch für einen relevanten neurologischen Gesundheitsschaden dokumentiert sind. Lägen solche Störungen vor, wären sie, wenn erheblich, von den behandelnden Ärzten erkannt und vertieft abgeklärt worden. Jedenfalls hat die Beschwerdeführerin auch in diesem Verfahren keine Berichte beigebracht, die die Notwendigkeit

weiterer Abklärungen nahelegen würden. Eine anderslautende (fach)ärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung ergibt sich aus den Akten nicht. Die Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 17. September 2020, wonach ein Arbeitspensum von anfänglich 50 % nach und nach erhöht werden könnte, überzeugt schon deshalb nicht, da die prozentuale Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit ohne nähere Begründung und ohne nähere Kenntnisse der Berufssituation der Versicherten erfolgte. Verlässliche Hinweise für eine zwischenzeitliche relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit liegen ebenfalls nicht vor. Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. D.\_\_\_\_ in Zweifel ziehen könnte. Bei dieser Sachlage durfte die IV-Stelle – ohne mit ihrem Vorgehen in Willkür zu verfallen – in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) und ohne den Untersuchungsgrundsatz zu verletzen auf weitere Abklärungen verzichten. Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Erlass der angefochtenen Verfügung wäre im Rahmen einer Neuanschuldung zu beurteilen.

8. Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ davon ausgegangen ist, dass die Versicherte in angepassten Verweistätigkeiten – abgesehen von vorübergehenden behandlungsbedingten Absenzen – vollständig arbeitsfähig ist und dadurch ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Bemessung der Vergleichseinkommen anhand der Tabellenlöhne hat die Beschwerdeführerin zu Recht nicht bestritten, weshalb von weiteren Erörterungen dazu abgesehen und stattdessen auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 6. Januar 2021 verwiesen werden kann. Selbst ein maximaler Abzug vom Tabellenlohn von 25 % ändert am Ergebnis nichts, da dennoch ein Invaliditätsgrad von unter 40 % resultieren würde. Die angefochtene Verfügung vom 6. Januar 2021, mit welcher ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint wurde, ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde deshalb abzuweisen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend unterliegt die Beschwerdeführerin, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 12. Februar 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden.

9.2 Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zugesprochen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 12. Februar 2021 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner

Honorarnote vom 26. April 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8 Stunden 45 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen angemessen ist. Nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 18.60. Dem Rechtsvertreter ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'904.80 (8,75 Stunden à Fr. 200.-- [vgl. § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003] und Auslagen von Fr. 18.60 inkl. 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

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

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.  
  
Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
  3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.  
  
Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'904.80 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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