



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 26. August 2021 (720 21 55 / 228)

Invalidenversicherung

IV-Rente: Würdigung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber i.V. Benjamin Appius

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Markus Wick, Rechtsanwalt, Totentanz 5, 4051 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1964 geborene A.____ meldete sich am 11. September 2018 unter Hinweis auf eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen, Rücken- und Bauchbeschwerden sowie eine Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) untersuchte in der Folge den rechtserheblichen Sachverhalt und holte beim Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) Basel ein

polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 27. Februar 2020 erging. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Begutachtung lehnte sie das Leistungsgesuch von A._____ mit Verfügung vom 8. Januar 2021 – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 31 % ab.

B. Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokat Dr. Markus Wick, am 9. Februar 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei die angefochtene Verfügung vom 8. Januar 2021 aufzuheben. Es sei ihr und ihren Kindern ab dem 1. März 2019 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zwecks Erlasses einer Verfügung gemäss Antrag, subeventualiter zwecks weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und unentgeltlichen Verbeiständung mit Advokat Dr. Markus Wick als Rechtsvertreter. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, das beim ZMB eingeholte Gutachten sei mangelhaft. Zudem sei vom Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen.

C. Mit Verfügung vom 22. April 2021 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Dr. Markus Wick als Rechtsvertreter bewilligt.

D. Am 2. März 2021 liess sich die IV-Stelle vernehmen und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

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, 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 vom 9. Februar 2021 ist einzutreten.

2. Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin ab dem 1. März 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. 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 nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

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 wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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; vgl. BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

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

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 f. E. 4.4 und 4.5). Gemäss diesen Richtlinien 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des bzw. der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes bzw. Ärztin einerseits und von Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten und Expertinnen andererseits (vgl. BGE 124 I 170 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 bzw. Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten

bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen 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).

5.1 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

5.2 Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

5.3 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den genannten Gesundheitsschäden beachtlichen Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert: Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel "Gesundheitsschädigung". Darunter sind die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und die Komorbiditäten zu würdigen. Im zweiten, die "Persönlichkeit" betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der -struktur gefragt, und es sind die persönlichen Ressourcen der versicherten Person zu eruieren. Im dritten Indikatoren-Komplex schliesslich ist unter dem Titel "sozialer Kontext" eine Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds vorzunehmen. Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die "Konsistenz" zu prüfen. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien wie die Indikatoren einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und eines behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (vgl. BGE 141 V 281 E. 4).

5.4 Gemäss BGE 141 V 281 ergibt sich hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, dass sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren haben; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde

Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 140 V 193; 130 V 352 E. 2.2.5). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteile des Bundesgerichts vom 22. März 2018, 8C_582/2017, E. 5, vom 3. Februar 2016, 8C_746/2015, E. 2.2 und vom 19. Januar 2016, 9C_146/2015, E. 3.1). Es soll indes keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.3), sondern im Rahmen der Beweismwürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (vgl. BGE 141 V 281 E. 6; Urteile des Bundesgerichts vom 31. Oktober 2018, 8C_628/2018, E. 4.3 und vom 1. Dezember 2017, 8C_260/2017, E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zu Ungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 31. Oktober 2018, 8C_628/2018, E. 4.3; BGE 144 V 50 E. 4.3).

6. 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).

7.1 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 sich nach Auffassung des Gerichts für die Beurteilung der Angelegenheit als zentral erweisen.

7.2 Nach Eingang der IV-Anmeldung vom 11. September 2018 holte die IV-Stelle Berichte bei den behandelnden Ärzten ein. Pract. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 31. Dezember 2018 aus, die Versicherte sei ihm von der Klinik für Schmerztherapie des Kantonsspitals G.____ zur ambulanten Weiterbehandlung in deren albanischen Muttersprache zugewiesen worden. Das Kantonsspital G.____ habe eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10

F32.1) diagnostiziert. Die Versicherte sei bewusstseinsklar und allseits orientiert, wobei sie Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen angegeben habe. Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen bestünden keine. Sie sei im Affekt bedrückt, traurig, klagend, im Antrieb gemindert und psychomotorisch innerlich unruhig. Es bestehe ein sozialer Rückzug, wobei eine akute Suizidalität glaubhaft verneint werde. Die Versicherte habe über Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Sie sei vom 15. März 2018 bis 26. September 2018 bei ihm in Behandlung gewesen. Damals sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen, es könne jedoch keine Prognose zur aktuellen Arbeitsunfähigkeit angegeben werden.

7.3 Am 16. Mai 2019 diagnostizierte Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit 2018 bestehende Chronifizierung einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.10), eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) und eine psychosoziale Belastungssituation (ICD-10 Z59.6). Die Versicherte sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Im Affekt wirke sie deprimiert und die Stimmung sei gedrückt. Es bestünden Ängste vor der Zukunft, Lebensüberdrußgedanken bei anhaltenden chronischen Schmerzen. Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nicht feststellbar. In den alltäglichen Aktivitäten sei sie eingeschränkt und im Haushalt auf die Hilfe von Ehemann und Kindern angewiesen. Anamnestisch seien latente Suizidgedanken vorhanden, aktuell aber keine Suizidalität zu eruieren. Prognostisch sei die Arbeitsfähigkeit äusserst ungünstig. Das jetzige ambulante Setting sollte unter antidepressiver medikamentöser Therapie weitergeführt werden.

7.4 In der Folge holte die IV-Stelle zur Klärung des medizinischen Sachverhalts beim ZMB ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 27. Februar 2020 erging. Darin wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit/bei symptomatischer Spinalkanalstenose mit Osteochondrose L4/5 mit ventraler Pseudolisthesis und Osteochondrose L5/S1 sowie eine Spondylodese L4/5, eine Infiltration Facettgelenke L5/S1 und Adipositas WHO Grad III festgestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde u.a. eine psychosoziale Belastungssituation diagnostiziert. In orthopädischer Hinsicht bestehe eine Minderbelastbarkeit des Achsenorganes. Die Versicherte solle keine repetitiven Lasten über 10 kg heben müssen und keine Tätigkeit in Zwangspositionen bzw. keine repetitiven Überkopfarbeiten verrichten. In internistischer Hinsicht könne sie aufgrund der Adipositas III keine körperlich schwere Arbeit verrichten. Weder aus gynäkologischer noch aus urologischer Sicht seien Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit festzustellen.

Im psychiatrischen Teilgutachten, das von Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet wurde, berichtete die Versicherte, sie stehe zwischen 9:00 und 10:00 Uhr morgens auf und trinke dann Kaffee. Am Morgen würde sie sich schwach und kraftlos fühlen und könne bis zum Nachmittag wenig machen; sie bleibe meist liegen oder versuche Kleinigkeiten im Haushalt zu erledigen. Sodann unterhalte sie sich mit ihren Kindern oder gehe etwas hinaus. Am Abend sei sie mit ihrer Familie zusammen, schaue Fernsehen oder sie unterhalte sich. Sie nehme die Abendmedikation ein und schlafe ab 22:00 Uhr. Die Versicherte habe angegeben, ihr gehe es psychisch nicht gut. Sie werde grundlos nervös und beschimpfe dann ihre Familienmitglieder.

Den Haushalt würden diese bewältigen, während sie allenfalls etwas putze. Zudem sei sie vergesslich, suche beim Aufräumen nach bestimmten Dingen und vergesse auch Termine. Weiter Sorge sie sich, ob sie die Rechnungen noch bezahlen könne. Die früher verrichtete schwere Arbeit habe ihre Gesundheit geschädigt, weshalb ihr nunmehr die ständigen Schmerzen das Arbeiten verunmöglichen würden. Wenn sie wieder arbeiten würde, müsste sie Sozialhilfegelder zurückbezahlen; dies sei aber für sie unmöglich. Dr. D._____ führte aus, die Versicherte sei an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erkrankt. Die Diagnose einer depressiven Symptomatik sei entgegen den vorbehandelnden Personen nicht zu stellen, da die Versicherte keine Symptome gezeigt bzw. entsprechende vorgetragen habe, welche diese Diagnose nach ICD-10 rechtfertigen würden. Die Versicherte nehme ein Antidepressivum ein, sodass es möglich sei, dass sich der depressive Zustand verbessert habe. Sie habe über ein buntes Bild an Schmerzen in verschiedenen Körperregionen geklagt und sei auf das Schmerzerleben eingeeengt. Diese Symptomatik belaste sie körperlich und stehe im Vordergrund. So sei die Versicherte bei unterschiedlicher Fragestellung regelmässig auf ihre Schmerzen zurückgekommen. Es sei ihr wichtig gewesen, dass verstanden werde, sie habe starke Schmerzen und sei dadurch eingeschränkt. Als Konflikt im Hintergrund sei die soziale Belastung, insbesondere durch den Wegfall der finanziellen Grundlage, zu sehen. Die Versicherte stamme aus guten Verhältnissen und habe sich bisher nie derart finanziell einschränken müssen. Sie habe berichtet, in der Kindheit reich gewesen zu sein und nie Armut erfahren zu haben. Auch in der Ehe habe sie nie arbeiten müssen, weil ihr Ehemann ausreichend verdient habe. Durch die Erkrankung des Ehemanns habe sich die Situation verändert, indem die Versicherte im ausserhäuslichen Bereich arbeiten müssen. Die psychiatrische Gutachterin führte weiter aus, die Versicherte zeige eine passive Haltung und die Selbstheilungstendenz sei eingeschränkt. Sie habe sich gleichsam innerlich zur Ruhe gesetzt und werde in ihrer Passivität durch die familiäre Unterstützung bestärkt. Sie fordere sich nicht mehr, werde versorgt, was als Zuwendung erlebt werde. Dies wirke sich jedoch insgesamt ungünstig aus. Insgesamt bestehe infolge der Schmerzen ein erhöhtes Pausenbedürfnis, weshalb eine wechselbelastende Tätigkeit anzustreben sei, welche den Fähigkeiten der Versicherten entspreche. Sie könne sich an Regeln und Routinen anpassen und auch Aufgaben strukturieren, jedoch sei sie in ihrer Flexibilität und Umstellungsfähigkeit eingeschränkt. Dabei sei sie primär auf ihre Schmerzen zentriert, welche die Durchhaltefähigkeit beschränken würden. Die Versicherte könne sich aber selbst behaupten und ihren Wünschen Ausdruck verleihen. Sowohl die Kontaktfähigkeit als auch die Gruppenfähigkeit seien ungestört. Sie sei fähig, sich selbst zu pflegen und Wege zurückzulegen, wobei sie sich von der Familie fahren lasse, anstatt sich aktiv selbst zu bemühen. Wenngleich bei der Versicherten keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden sei, zeige sich eine Persönlichkeitsakzentuierung im Sinne einer passiven Anspruchshaltung. Sie habe wenig Selbstheilungstendenzen und einen hohen Wunsch nach Versorgung und finanzieller Absicherung. In der Begutachtung sei die Versicherte affektstabil, insgesamt freundlich und mitteilungsbedürftig gewesen. Die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. In der interdisziplinären Konsensbeurteilung wurde eine Restarbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit festgestellt.

7.5 Mit Schreiben vom 1. April 2020 beantwortete das ZMB Rückfragen des RAD vom 6. März 2020 dahingehend, dass in der Begutachtung eine somatoforme Schmerzstörung, aber entgegen

des behandelnden Arztes keine Depression feststellbar gewesen sei. Daher könne eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Befunde nach versicherungsmedizinischen Gesichtspunkten nicht nachvollzogen werden.

7.6 Am 8. April 2020 nahm RAD-Arzt Dr. E.____, FMH Allgemeinmedizin, zum Gutachten der ZMB vom 27. Februar 2020 Stellung. Er führte aus, dass die Schlussfolgerung nachvollziehbar, medizinisch begründet und widerspruchsfrei sei. Zudem seien alle wesentlichen Standardindikatoren ausreichend erfasst und diskutiert worden. Die im Gutachten festgestellte Arbeitsfähigkeit im Umfang von 70 % in einer Verweistätigkeit zumindest seit Anfang 2019 sei schlüssig. Sie könne für die Beurteilung des Rentenanspruchs übernommen werden. Weitere medizinischen Abklärungen seien nicht notwendig.

7.7 Im Rahmen des Vorbescheidsverfahrens führte Dr. C.____ am 20. Juli 2020 aus, die drei Grundsymptome einer Depression (Antriebsstörung, gedrückte Stimmung und Schlafstörungen), welche von Ängsten begleitet werden, seien bei der Versicherten vorhanden. Es sei erstaunlich, dass die Gutachterin diese Symptome überhaupt nicht berücksichtigt und gesehen habe. Es sei grobfahrlässig, dass die depressive Episode und die psychosoziale Belastungssituation, insbesondere die Hospitalisation, die Befunderhebung und die Diagnosen im gesamten Gutachten nicht erwähnt worden seien. Widersprüchlich sei, dass die Gutachterin die Weiterführung der Psychotherapie und die medikamentöse antidepressive Therapie empfehle, obwohl keine Depression festgestellt werde. In der zweistündigen Begutachtung sei die Versicherte nur zur Schmerzsymptomatik befragt worden, während das psychische Befinden nicht erwähnt worden sei. Die Hintergründe der Schmerzen lägen aber in der Depression begründet. Weiter sei widersprüchlich, dass die Gutachterin eine Psychoedukation empfohlen habe, dann müsste keine Psychotherapie und keine antidepressive medikamentöse Behandlung weitergeführt werden. Schliesslich hielt Dr. C.____ daran fest, dass die Versicherte aufgrund der mittelgradigen depressiven Entwicklung und Störung, der Schmerzstörung, der Chronifizierung der Depression, der sozialen Isolation, der fehlenden Ressourcen, der Schmerzstörung und vielen anderen Faktoren zu 100 % arbeitsunfähig sei.

7.8 Am 18. Dezember 2020 bezog RAD-Arzt Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung zu den Einwänden von C.____, mit welchen eine mittelgradige depressive Episode mit einer 100 % Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht werde. Diese Argumente seien nicht nachvollziehbar. So habe die Gutachterin die abzuklärenden Punkte betreffend Antrieb, Stimmungsschwankungen, Ängsten, soziale Isolation und latente Suizidgedanken in Erfahrung gebracht. Im Anschluss habe die Gutachterin nachvollziehbar begründet, weshalb keine Depression diagnostiziert werden könne. Dazu würden die objektiven psychopathologischen Grundlagen fehlen, indem weder eine erhebliche Antriebsstörung noch eine Störung der Affektlage bzw. der Affektmodulation vorlägen. Zudem würden die im Arztbericht von Dr. C.____ vorhandenen invaliditätsfremden Faktoren nicht differenziert. Die Empfehlung, die Psychotherapie weiterzuführen, sei aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren plausibel. Dadurch könne eine Schmerzdistanzierung bewirkt und der Gebrauch von Schmerzmitteln vermindert werden. Auch sei bei psychosozialen Belastungssituationen plausibel, eine ärztliche Unterstützung vorzuschlagen. Die Hospitalisation im Kantonsspital H.____ werde im Gutachten

samt sämtlichen Diagnosen erwähnt. Demnach seien die Einwände von Dr. C._____ nicht geeignet, das polydisziplinäre Gutachten der ZMB vom 27. Februar 2020 grundlegend in Zweifel zu ziehen.

7.9 Am 6. Januar 2021 nahm RAD-Arzt Dr. E._____ ein weiteres Mal (vgl. vorstehend E. 7.7) Stellung zu den Einwänden der Versicherten vom 28. Mai 2020 zum ZMB-Gutachten vom 27. Februar 2020. Die Versicherte habe das Ergebnis der einzelnen somatischen Fachgutachten nicht nachvollziehbar bemängelt. In den somatischen Disziplinen sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, während in allen somatischen Disziplinen eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten ausgewiesen sei. Die Einwände der Versicherten könnten aus medizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Das umfassende und neutrale polydisziplinäre ZMB-Gutachten vom 27. Februar 2020 habe den Sachverhalt vollumfänglich erfasst und die Schlussfolgerungen seien aus medizinischer Sicht nachvollziehbar und widerspruchsfrei. Am Ergebnis des Gutachtens und an der RAD-Beurteilung vom 8. April 2020 könne daher festgehalten werden.

8.1 Die IV-Stelle stütze ihre Verfügung vom 8. Januar 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vollumfänglich auf das Gutachten des ZMB vom 27. Februar 2020. Sie ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Verweistätigkeit im Umfang von 70 % arbeitsfähig sei. Die vorinstanzliche Beweiswürdigung ist trotz Kritik der Beschwerdeführerin (vgl. dazu die nachstehenden Erwägungen) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Wie oben (vgl. E. 4.3 hiervor) dargelegt, 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. Solche Indizien liegen nicht vor. Das Gutachten des ZMB vom 27. Februar 2020 erfüllt sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Die Gutachter hatten Kenntnis von sämtlichen medizinischen Vorakten, sie setzten sich in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründeten die Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. In inhaltlicher Hinsicht vermag sodann zu überzeugen, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit von 30 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs auszugehen ist. Insgesamt bestehen keine Anhaltspunkte, dass die Begutachtung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen nicht lege artis erfolgt wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1 mit Hinweis, in: SVR 2016 IV Nr. 53 S. 178).

8.2 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin gegen die Schlussfolgerungen im Gutachten des ZMB vom 27. Februar 2020 überzeugen nicht, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

8.2.1 Die Beschwerdeführerin rügt, dass das ZMB Gutachten nicht den bundesgerichtlichen Vorgaben zum strukturierten Beweisverfahren mittels systematisierter Indikatoren genüge. Ihr ist zwar insofern zuzustimmen, dass im Gutachten die Prüfung der Standardindikatoren – namentlich deren Erfassung und Diskussion – eher knapp ausgefallen, letztlich dennoch hinreichend ist. Zum Komplex "Gesundheitsschädigung", worunter die diagnoserelevanten Befunde (vgl. S. 61 f. psychiatrisches Gutachten), der Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz (vgl. S. 64 und S. 66 psychiatrisches Gutachten) und die Komorbiditäten (vgl. S. 62 ff. psychiatrisches Gutachten) fallen, bezieht die psychiatrische Gutachterin umfassend Stellung. Ebenso findet sich eine Zusammenfassung der persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung (vgl. 62 ff. psychiatrisches Gutachten). In Bezug auf die Komplexe "Persönlichkeit" und "sozialer Kontext" ist dem Gutachten keine Persönlichkeitsstörung, aber eine Persönlichkeitsakzentuierung zu entnehmen. Die Beschwerdeführerin sei passiv, habe sich innerlich zur Ruhe gesetzt und die Selbstheilungstendenz sei eingeschränkt. Sie könne aber soziale Kontakte pflegen und sei in ihrer Familie sozial eingebettet, welche sie allseitig unterstütze und versorge, was als Zuwendung erlebt werde. Die Kontakt- und Gruppenfähigkeit seien ungestört. Ihre Aktivitäten beinhalten Putzarbeiten, Spaziergänge, Unterhaltungen mit den Familienmitgliedern und Fernsehschauen. Daraus könne durchaus abgeleitet werden, dass die Beschwerdeführerin über Ressourcen verfügt, um in einer angepassten und körperlich leichten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig zu sein. Im Komplex der Konsistenz hält das Gutachten fest, betreffend die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung würden sich keine Diskrepanzen ergeben, während hinsichtlich der Einschätzung, wonach eine depressive Symptomatik bestünde, keine entsprechende Symptome gefunden worden seien. Demnach enthält das Gutachten die nötigen Angaben für die Prüfung der Frage, ob sich ein invalidisierender Gesundheitszustand anhand der Standardindikatoren verifizieren lässt. Es ist zu berücksichtigen, dass die Handhabung des Indikatorenkatalogs jeweils einzelfallgerecht anzuwenden ist; es handelt sich damit nicht um eine "abhakbare Checkliste" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.1; Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2011, 8C_420/2011, E. 2.4.2).

8.2.2 Weiter beanstandet die Beschwerdeführerin das psychiatrische Teilgutachten auch inhaltlich, da gravierende Mängel vorliegen würden. Wenn sie die Ausführung im Gutachten vom 27. Februar 2020, womit die Durchführung einer Psychotherapie und die Einnahme antidepressiver Medikamente empfohlen, aber eine Depression verneint werde, als widersprüchlich rügt, kann ihr nicht gefolgt werden. Mit dem RAD-Arzt Dr. F.____, der in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2020 die psychiatrische Auffassung des ZMB-Gutachtens fachärztlich stützt, ist festzustellen, dass dadurch eine Schmerzdistanzierung bewirkt und der Schmerzmittelgebrauch vermindert werden kann. Dies führt zu einer verbesserten Schmerzbewältigung und die Versicherte kann in der psychosozialen Belastungssituation ärztlich unterstützt werden. Mithin ist bei der Therapieempfehlung kein Widerspruch zu erblicken. Soweit die Beschwerdeführerin kritisiert, es sei keine testpsychologische Untersuchung durchgeführt worden, ist daran zu erinnern, dass für die Qualität der klinischen Untersuchung die Kenntnis der Anamnese entscheidend ist. Wenngleich eine testpsychologische Untersuchung die klinische Erfassung der Explorandin ergänzen kann, muss diese nicht in jedem Fall stattfinden und steht im gutachterlichen Ermessen. Gleich verhält es sich auch in Bezug auf Rückfragen an den behandelnden Arzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2012, 9C_671/20212, E. 4.5), zumal RAD-Arzt Dr. F.____ umfassend zu den

Einwänden des behandelnden Psychiaters Stellung bezog. Beides ist dem Beweiswert des ZMB-Gutachtens vom 27. Februar 2020 nicht abträglich. Auch wenn – wie die Beschwerdeführerin zutreffend rügt – im gutachterlichen Aktenauszug zum Austrittsbericht der Schmerzlinik I. _____ vom 27. Februar 2018 die Diagnose der mittelschweren depressiven Episode nicht erwähnt wurde, ändert dies am Beweiswert des Gutachtens nichts.

8.2.3 Ferner hält die Beschwerdeführerin daran fest, dass ihre Schmerzproblematik entgegen den Ausführungen im Gutachten der ZMB vor dem Hintergrund ihrer diagnostizierten Depression zu deuten sei. Die Tatsache, dass die psychiatrische Gutachterin die erhobenen Befunde diagnostisch anders einordnete als der behandelnde Arzt Dr. C. _____ (vgl. Berichte vom 16. Mai 2019 und vom 20. Juli 2020), der eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostizierte, schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht. Dies umso weniger, als sich die Gutachterin mit der abweichenden Diagnose des behandelnden Psychiaters auseinandersetzte. Sie legte plausibel – wenn auch knapp – dar, weshalb die Kriterien für eine mittelgradige depressive Störung nicht erfüllt seien. Dies wurde unter Verweis auf die klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 getan. Dazu kommt, dass die Versicherte in der Begutachtung sowohl beim freien Bericht als auch bei unterschiedlichen Fragestellungen regelmässig ihre Schmerzsymptomatik in den Vordergrund stellte, jedoch nicht über psychische Beschwerden berichtete. Auch ist zu berücksichtigen, dass das Beschwerdebild massgeblich durch eine psychosoziale Belastungssituation (Wunsch nach finanzieller Absicherung) mitbestimmt ist, die aber vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich ist (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.5 und BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Weiter ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. E. 4.4). Schliesslich kann eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet einer Gutachterperson praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern sie – wie hier – lege artis vorgegangen ist. Die Beschwerdeführerin legt nicht dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass aus den Berichten von Dr. C. _____ erhebliche Gesichtspunkte hervorgingen, die von der psychiatrischen Gutachterin nicht berücksichtigt worden wären oder deren Zumutbarkeitsbeurteilung als offensichtlich unzutreffend erscheinen liessen. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass letztlich nicht die Diagnosen, sondern die funktionellen Einschränkungen und die damit einhergehenden Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der versicherten Person ausschlaggebend sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2009, 9C_617/2008, E. 4.5).

8.2.4 Somit steht insgesamt die gutachterliche Einschätzung mit den objektiven Umständen im Einklang und gibt – wie bereits erwähnt – ein schlüssiges Bild zum Gesundheitszustand und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die medizinischen Unterlagen und die Angaben der Beschwerdeführerin waren hinreichend präzise und kohärent genug, um ein zuverlässiges Bild über ihren psychischen Gesundheitszustand machen zu können. Demnach liegt nichts Wesentliches vor, was auf eine aktenwidrige oder unzutreffende Beurteilung von der Gutachterperson schliessen lassen würde oder Zweifel an ihrer Beurteilung zu begründen vermöchte, weshalb in

antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2; 136 I 229 E. 5.3) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden kann.

8.3 Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle gestützt auf das ZMB-Gutachten vom 27. Februar 2020 davon ausgegangen ist, dass der Beschwerdeführerin angepasste Tätigkeiten zu 70 % zumutbar sind.

9.1 In der angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2020 führte die IV-Stelle den Einkommensvergleich gemäss Art. 16 ATSG durch. Dabei stützte sie sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf die Lohnstrukturhebung (LSE) 2016 des Bundesamtes für Statistik. Die Beschwerdeführerin bestreitet weder die Höhe des so ermittelten Valideneinkommens von Fr 55'445.-- noch des unter Berücksichtigung der attestierten Restarbeitsfähigkeit von 70 % berechneten Invalideneinkommens von Fr. 38'359.-- (Fr. 54'799.-- x 0.7). Diesbezüglich kann auf die korrekten Ausführungen in der angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2021 verwiesen werden. Hingegen bringt die Beschwerdeführerin vor, dass die IV-Stelle auf das Invalideneinkommen einen leidensbedingten Abzug von 25 % hätte gewähren müssen.

9.2.1 Wird das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE ermittelt, sind praxismässig verschiedene Abzüge zulässig. Im Entscheid 126 V 75 ff. hat das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht [EVG; heute: Schweizerisches Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] seine Rechtsprechung zu den Abzügen vom Tabellenlohn bereinigt und weiterentwickelt. Dabei hat es betont, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles abhängt (leidensbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen (vgl. BGE 126 V 75 E. 5b).

9.2.2 Vorliegend hat die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung keinen Abzug vom Tabellenlohn gewährt, was in Würdigung der gegebenen Umstände sowie unter Berücksichtigung aller in Betracht fallenden Merkmale entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden ist. Insbesondere verkennt die Beschwerdeführerin, dass gesundheitliche Einschränkungen, welche bereits im medizinischen Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt wurden, nicht ein weiteres Mal über die Anwendung eines leidensbedingten Abzugs beachtet werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2008, 9C_362/2008, E. 3.2.4). Der Beschwerdeführerin ist es insgesamt noch möglich, eine adaptierte Verweistätigkeit im Umfang von 70 % zu verrichten. Damit wurden ihre Beschwerden bereits in der attestierten Arbeitsfähigkeit und dem Anforderungsniveau 1 der LSE beachtet. Weiter rechtfertigen auch die Kriterien Lebensalter, Dienstjahre und Nationalität/Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad keinen Abzug vom Tabellenlohn.

9.3 Aus der Gegenüberstellung des massgebenden Valideneinkommens von Fr. 55'445.-- und dem Invalideneinkommen von Fr. 38'359.-- ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'086.-- und damit ein Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 31 %.

9.4 Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2021 einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente ab dem 1. März 2019 abgelehnt hat. Die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

10.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 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. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 22. April 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist, werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

10.2 Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zugesprochen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 22. April 2021 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt wurde, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 28. April 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11.38 Stunden geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.--. Hinzu kommen Auslagen im Betrag von insgesamt Fr. 140.40. Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'602.45 (11.38 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 140.40.-- und Mehrwertsteuer von 7.7 %) aus der Gerichtskasse auszurichten.

10.3 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 Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskosten genommen.
 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'602.45 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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