



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 17. Februar 2022 (720 21 216 / 38)

Invalidenversicherung

Beurteilung des medizinischen Sachverhalts; aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte ist keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger,
Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat,
Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Die 1966 geborene A.____ war vom 1. September 2001 bis 29. Februar 2004 bei der B.____AG als Hauswartin angestellt. Ein bei der Invalidenversicherung (IV) im November 2004 eingereichtes Leistungsbegehren lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) ab (Verfügung vom 10. Juni 2005). Auf erneutes Gesuch hin sprach sie A.____ mit Verfügung vom 17. Mai 2006 mit Wirkung ab 1. September 2005 eine Dreiviertelrente zu. Alsdann anerkannte sie vom 1. Dezember 2007 befristet bis 30. Juni 2008 einen Anspruch auf eine ganze Invaliden-

rente und ab 1. Juli 2008 wiederum einen solchen auf eine Dreiviertelrente (Verfügung vom 30. November 2009). Im Rahmen einer im Jahr 2011 eingeleiteten Rentenrevision hob die IV-Stelle die bisher ausgerichtete Invalidenrente zufolge eines verbesserten Gesundheitszustands auf (Verfügung vom 24. November 2017). Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 24. Mai 2018 ab.

A.2 Am 10. Dezember 2018 reichte A._____ bei der IV ein weiteres Leistungsbegehren ein. Nach Abklärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse, namentlich nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der Swiss Medical Assessment- and Business-Center AG (SMAB AG), St. Gallen, vom 21. August 2020, ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 0 %, worauf sie – nach Rücksprache mit dem Regionalen ärztlichen Dienst (RAD) und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – mit Verfügung vom 31. Mai 2021 einen Anspruch von A._____ auf eine Invalidenrente verneinte.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, am 5. Juli 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht. Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 31. Mai 2021 aufzuheben und es sei ihr mindestens eine Viertelsrente zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zu tätigen und hernach erneut über den Rentenanspruch zu entscheiden; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Advokat Fullin als Rechtsvertreter. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe und die Bemessung der Invalidität nicht zutreffend erfolgt sei.

C. Mit Verfügung vom 8. September 2021 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Fullin als Rechtsvertreter bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 8. September 2021 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit Instruktionsverfügung vom 15. September 2021 wurde 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, 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 beur-

teilt 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 form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 5. Juli 2021 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Mai 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

3. Am 1. Januar 2022 ist die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (vgl. BGE 127 V 466 E. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 31. Mai 2021) eingetretenen Sachverhalt abstellt (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b), sind im vorliegenden Fall die Bestimmungen des IVG in der bis Ende 2021 geltenden Fassung anwendbar (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweis). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

4.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

4.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

4.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt wer-

den. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; vgl. BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

4.4 Auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung nach rechtskräftiger Verneinung eines Rentenanspruchs hat die Verwaltung nur einzutreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2). Tritt die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

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

5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands 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 (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.3 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 Beschwer-

den 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).

5.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb 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 (vgl. BGE 125 V 351 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 170 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] 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).

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 diejeni-

gen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

7.2 In der Verfügung vom 24. November 2017, mit welcher ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgewiesen wurde, stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands der Versicherten auf das Gutachten der Klinik C.____ vom 31. Januar 2013, wonach keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden war. Hinsichtlich des rheumatologischen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten stützte sie sich auf das Gutachten des Spitals D.____ vom 10. März 2013. Darin wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine sekundäre Gonarthrose rechts mit Status nach Kniegelenkstotalprothese, eine navicula-cuneiforme Gelenksarthrose links, Hüftgelenkschmerzen links, ein chronisches Lumbovertebral-Syndrom und ein diffuses muskuloskelettales Schmerzsyndrom diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Leberzirrhose bei äthyltoxischer Hepatopathie und Hepatitis C, ein Status nach Polytoxikomanie, eine chronisch venöse Insuffizienz Grad I beidseits, eine asymptomatische Cholezystolithiasis, ein Status nach Adipositas per magna, eine normochrome, normozytäre Anämie und eine Hyperurikämie, möglicherweise ein Status nach Gicht. Die Versicherte leide an einer immobilisierenden Pagonarthrose rechts bei Status nach arthroskopischen Eingriffen mit Teilmeniskektomie bei degenerativen Meniskusläsionen und einer Kreuzbandstumpfresektion bei vorhandener Kreuzbandruptur und nachgewiesenen, im Verlauf progredienten Knorpelläsionen. Hauptrisiko sei die Adipositas, die mit Gastrektomie behandelt worden sei, was zu massivem Gewichtsverlust geführt habe. Mit einem BMI von 29,8 kg/m² sei die Beschwerdeführerin aber noch immer übergewichtig. Weiter wird auf die Kniegelenkstotalprothese rechts mit anamnestisch und aktenanamnestisch initial sehr gutem Erfolg verwiesen. Die aktuell beschriebenen Schmerzen im rechten Knie mit Belastungseinschränkung seien diskrepant zu den Untersuchungen anlässlich der einjährigen Kontrolle. Die Explorandin spreche weder von einem zwischenzeitlichen Trauma noch fänden sich in der klinischen Untersuchung Hinweise für eine Ursache der deutlichen Schmerzen. Während der Begutachtung sei das Entlasten des rechten Knies und das intermittierende Sich-Heben der Explorandin von den zeitlichen Intervallen her mässig konsistent, das Gangbild zeige sich unauffällig, obwohl die Explorandin über starke, aktuell immobilisierende Fusschmerzen berichte. Das Knie zeige sich in der klinischen Untersuchung sehr gut beweglich und stabil, nur bei maximaler Flexion klage die Beschwerdeführerin über Schmerzen. Eine Atrophie der Beinmuskulatur sei nicht ersichtlich und es hätte keine relevante Umfangsdifferenz an Ober- und Unterschenkeln objektiviert werden können, was gegen eine ausgeprägte Schonung spreche. Die Angaben der Explorandin zur allgemeinen Belastungssituation seien etwas inkonsistent. Die linksseitigen Hüftschmerzen würden im Rahmen einer leichtgradigen Coxarthrose interpretiert, wobei der beschriebene brennende Schmerzcharakter eher nicht dazu passe. Aufgrund des geringen Ausmasses und der fehlenden therapeutischen Konsequenzen sei auf weitere diagnostische Schritte für die Erhärtung der Verdachtsdiagnose verzichtet worden. Die Fusschmerzen links würden im Rahmen einer radiologisch nachgewiesenen Arthrose im naviculo-cuneiformen-Gelenk interpretiert. Hinsichtlich der Druckschmerzhaftigkeit bestünden keine Hinweise auf eine entzündlich-rheumatologische Erkrankung. Insgesamt würden die anamnestischen Belastungseinschränkungen des rechten Knies, der linken Hüfte und des linken Fusses zumindest zu einem gewissen Grad mit den doch eher diskreten klinischen und radiologischen

Befunden divergieren. Aus rein rheumatologischer Sicht seien mittelschwere und schwere Tätigkeiten nicht mehr möglich. Zu berücksichtigen sei aufgrund der Polyarthrose eine Einschränkung beim Treppensteigen und bei längeren Gehstrecken. Ebenso bestehe eine verminderte Belastbarkeit beim Tragen von Lasten. Längere statische Positionen sollten ebenfalls vermieden werden. Leichte, vorwiegend sitzende Arbeiten seien aber vollschichtig zumutbar.

7.3 Nachdem sich die Versicherte am 10. Dezember 2018 erneut bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet hatte, veranlasste die IV-Stelle ein Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Gastroenterologie, welches von der SMAB AG durchgeführt und am 21. August 2020 erstattet wurde. Demnach wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Leberzirrhose mit Status nach Hepatitis C und nach erhöhtem Alkoholkonsum, aktuell Stadium Child A, ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei Osteochondrosis intervertebralis der gesamten Lendenwirbelsäule (LWS), eine Knie-Totalprothese rechts, eine Adipositas Grad 3 (BMI 40,9 kg/m²) bei Status nach bariatrischer Chirurgie mit Sleeve-Gastrektomie 2009, Kolonpolypen bei Status nach Polypektomie 2018, ein Lipödem beider Unterschenkel, eine chronisch venöse Insuffizienz, eine Hypertonie, eine Hypothyreose, eine Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention, ein Lungenemphysem, ein Nikotinabusus, ein Senk-Spreiz-Plattfuss beidseits, ein Status nach diskreter Ileitis terminalis, nach laproskopischer Cholezystektomie, ein Verdacht auf eine latente Eisenmangelanämie und auf eine beginnende intersitielle Pneumopathie. In internistischer Hinsicht hätten die Koronarsklerose und das Vorhofflimmern derzeit keine funktionellen Auswirkungen. Der Blutdruck präsentiere sich tiefnormal und es liege klinisch keine Herzinsuffizienz vor. Die Versicherte könne leichte Tätigkeiten in wechselnder Belastung ausüben. Wegen der venösen Insuffizienz sei aber ständiges Sitzen ungünstig. Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr seien nicht zumutbar. Gastroenterologisch liege eine Leberzirrhose in einem Child A Stadium vor. Seit 2018 sei eine leichte Ileitis terminalis bekannt, deren Zuordnung bei sehr mildem Verlauf zu einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung unwahrscheinlich sei. Die vorgebrachten Symptome und Probleme seien aktuell nicht gastroenterologischer Natur. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestünde nicht. Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht könnten die von der Versicherten angegebenen Beschwerden aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde nur zum Teil nachvollzogen werden. Es bestünden keine objektivierbaren pathologischen Korrelate für die von der Versicherten demonstrierten Bewegungseinschränkungen beider Schultergelenke. Diskrepanz dazu sei auch der spontane und uneingeschränkte Einsatz beider Arme beim Ent- und Bekleiden des Oberkörpers über Kopf sowie die rechts kräftiger entwickelte Ober- und Unterarmmuskulatur bei Rechtshändigkeit. Im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung bestünden Hinweise auf leichte Verdeutlichungen seitens der Versicherten. Die normal entwickelte Muskulatur beider Beine ohne messbare Seitendifferenz lasse von einem gleichmässigen Einsatz beider unterer Extremitäten im Alltag ohne vermehrte schmerzbedingte Schonung ausgehen. Im zeitlichen Verlauf sei die Versicherte nach dem Sturz auf das rechte Kniegelenk am 25. März 2018 bis Mitte Juli 2018 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Hernach habe die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bis Mitte August 2018 50 % und bis Mitte September 25 % betragen. Danach sei wieder von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Gesamtmedizinisch bestünden aufgrund des pseudoradikulären Lumbalsyndroms

beidseits, der vorhandenen Knie-Totalprothese rechts und der Leberzirrhose Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit für mittelschwere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der LWS, bei häufigem Hocken und für Tätigkeiten mit erhöhter Sturzgefahr. Die Versicherte sei aber in der Lage, ihren Haushalt zusammen mit ihrem Ehemann zu erledigen, spazieren und einkaufen zu gehen. Das Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln sei ebenfalls uneingeschränkt möglich. Körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten mit vermehrtem Sitzen und gelegentlichem Gehen und Stehen seien zu 100 % zumutbar.

7.4 Am 26. Oktober 2020 hielt die behandelnde Ärztin Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, dass die Versicherte aus hausärztlicher Sicht vollständig arbeitsunfähig sei. In den letzten Jahren habe sich eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustands eingestellt. Es bestünde eine Polymorbidität mit mehreren, die Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigenden Leiden. Diese seien in ihrer Gesamtheit invalidisierend. Die Versicherte sei wegen der Rückenbeschwerden und dem rechtsseitigen Knieleiden ausserhalb der Wohnung auf einen Rollstuhl angewiesen. Ausserdem bestünden eine plagende Stressinkontinenz und eine die Kraft und Ausdauer einschränkende valvuläre Herzerkrankung mit Vorhofflimmern. Zudem schränke das psychische Leiden, u.a. die Abhängigkeitserkrankung, die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einem hohen Mass ein.

7.5 Im Bericht des Spitals F.____ vom 5. November 2020 wurde festgehalten, dass die Versicherte aufgrund ausgeprägter Beschwerden, der sozial-finanziellen Situation und der fehlenden Unterstützung durch die IV und das Sozialamt verzweifelt sei. Es bestünden ausgeprägte Schmerzen bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen in der Wirbelsäule und eine massive Belastung durch das Übergewicht. Entgegen der Einschätzung im Gutachten der SMAB AG vom 21. August 2020 sei die Versicherte nicht arbeitsfähig. Bei der polymorbiden Patientin sei ein operatives Vorgehen aktuell nicht möglich. Zur weiteren Schmerzbehandlung werde sie an die Klinik für Schmerztherapie und zur Behandlung des Übergewichts an die endokrinologische Klinik überwiesen.

7.6 Die Versicherte war vom 8. bis 25. Februar 2021 im Zentrum für Rehabilitation und Altersmedizin des Spitals F.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 12. März 2021 wurde festgehalten, dass die Versicherte bei Austritt eine Gehstrecke von 250 Metern an Unterarmstöcken habe zurücklegen können und in allen Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig gewesen sei. Längere Wegstrecken habe sie nur mit dem Rollstuhl bewältigen können. Die Versicherte habe trotz Verbesserungspotential keine Verlängerung der Rehabilitation gewünscht. Sie sei in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

7.7 Im Bericht des Spitals F.____, Abteilung Kardiologie, vom 25. März 2021 wurde festgehalten, dass kardial ein stabiler Verlauf bestünde und die Medikation unverändert weitergeführt werden könne. Eine erneute klinische und echokardiologische Verlaufskontrolle sei in zwei Jahren vorgesehen.

7.8 Am 1. Mai 2021 hielt die behandelnde Ärztin Dr. E.____ fest, dass die Versicherte über Schmerzen, Atemnot, einen thorakalen Druck und geschwollene Beine klagt. Die Beschwerden

hätten in den letzten Monaten deutlich zugenommen. Von der stationären Rehabilitation im Spital F.____ habe sie nicht viel profitiert. Die Versicherte zeige zunehmend ein Schonverhalten und die Schmerzen würden jede Aktivität einschränken. Die Adipositas und das schmerzhafte Lipödem der unteren Extremitäten würden die Mobilität zusätzlich erschweren. Zudem führe die Suchterkrankung zu einer verminderten Belastbarkeit. Aufgrund der Polymorbidität bestünde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

7.9 Am 5. Mai 2021 stellte Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, RAD, fest, dass sich aus den eingereichten Arztberichten im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung durch die SMAB AG vom 21. August 2020 keine relevante Änderung des Gesundheitszustands eingestellt habe.

8.1 Die IV-Stelle stützte sich in der Verfügung vom 31. Mai 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf die Ergebnisse im Gutachten SMAB AG vom 21. August 2020 und die Beurteilung des RAD vom 5. Mai 2021. Sie ging demnach davon aus, dass die Versicherte in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 5.3 hiervoor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach 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. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten der SMAB AG vom 21. August 2020 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage erfüllt. Zwar mag es widersprüchlich erscheinen, wenn im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten zunächst festgehalten wird, es lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor und dann dennoch ausgeführt wird es bestehe in Übereinstimmung mit der früheren Begutachtung des Spitals D.____ vom 10. März 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für schwere und mittelschwere Tätigkeiten, jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Arbeiten (vgl. S. 60 des Gutachtens). Diese auch in die Konsensbeurteilung eingeflossene Einschätzung beruht offensichtlich auf der unzutreffenden Annahme, die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin sei leicht bis mittelschwer gewesen. Diese Unzulänglichkeit im Gutachten vermag aber an dessen Beweiswert nichts zu ändern, da die Gutachter anerkennen, dass die Versicherte aufgrund des pseudoradikulären Lumbalsyndroms, der Knie-Totalprothese und der Leberzirrhose in der Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und ihr nur noch körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten mit vermehrtem Sitzen und gelegentlichem Gehen und Stehen ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule, häufigem Hocken oder Tätigkeiten mit erhöhter Sturzgefahr zumutbar sind. Der RAD hat denn auch folgerichtig in der Stellungnahme vom 24. Juni 2021 zwischen der angestammten Tätigkeit und einer Verweistätigkeit differenziert und festgehalten, dass in der Hauswarttätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Insgesamt vermag die Beurteilung im Gutachten zu überzeugen, weshalb darauf abgestellt und davon ausgegangen werden kann, dass sich die Arbeitsfähigkeit der

Versicherten seit der letzten Begutachtung durch das Spital D.____ vom 10. März 2013 nicht massgeblich verändert hat und ihr weiterhin eine angepasste Verweistätigkeit vollschichtig zumutbar ist. Die entsprechenden, in Erwägung 7.3 wiedergegebenen Darlegungen im Gutachten der SMAB AG vom 21. August 2020 vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann. Sodann ist aufgrund der vorliegenden Berichte der behandelnden Ärzte keine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung nach der Begutachtung in der SMAB AG dargetan, wie der RAD-Arzt Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 5. Mai 2021 nachvollziehbar ausführte.

8.2 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin sind nicht geeignet, dieses Beweisergebnis in Frage zu stellen. Wenn sie unter Hinweis auf zwei Hospitalisationen vom 8. bis 10. Mai 2021 und 22. bis 26. Juni 2021 geltend macht, es gehe ihr wegen ihrer diversen Leiden und insbesondere wegen der kardialen Problematik weit schlechter als die SMAB-Gutachter angenommen hätten, kann ihr nicht gefolgt werden. So ergibt sich aus den Berichten des Spitals F.____ vom 17. Mai 2021 und 28. Juni 2021 nichts, was darauf schliessen lassen könnte, dass die gutachterliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit unzutreffend wäre oder sich zwischenzeitlich eine massgebliche Verschlechterung der Leistungsfähigkeit eingestellt hätte. Auch mit den weiteren Rügen dringt die Beschwerdeführerin nicht durch. Sie macht geltend, die Feststellungen im Gutachten, wonach sie in der Lage sei, zusammen mit ihrem Ehemann den Haushalt zu erledigen, spazieren zu gehen und einzukaufen, würden mit der von ihr konstant angegebenen massiven Einschränkung der Gehstrecke kontrastieren. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Gutachter aufgrund einer persönlichen Untersuchung der Versicherten zwischen den subjektiv empfundenen Einschränkungen und den objektiv feststellbaren Befunden differenzierten und nachvollziehbar darlegten, weshalb ihr trotz ihrer Beschwerden angepasste Verweistätigkeiten ganztags zumutbar sind. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin lässt sich aus der Tatsache, dass ihr kurz nach der Rentenablehnung Kostengutsprache für einen Rollstuhl erteilt wurde, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Zwar ist ihr insofern beizupflichten, als die Gewährung dieses Hilfsmittels – entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin in der Vernehmlassung vom 8. September 2021 – nicht bloss aufgrund der subjektiven Angaben der Versicherten, sondern vielmehr nach eingehender Abklärung der Anspruchsvoraussetzungen, unter Berücksichtigung der Wohnverhältnisse sowie der krankheitsbedingten Einschränkung bei der Überwindung längerer Wegstrecken gewährt wurde. Daraus kann aber weder auf eine unzutreffende gutachterliche Beurteilung hinsichtlich der Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit noch auf eine Unmöglichkeit, an einen Arbeitsplatz zu gelangen, geschlossen werden. Dies gilt umso weniger, als im Austrittsberichts des Zentrums für Rehabilitation und Altersmedizin des Spitals F.____ vom 12. März 2021 festgehalten wurde, dass der Versicherten eine Gehstrecke von 250 Metern möglich und sie in allen Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig gewesen sei. Wenn sie sich schliesslich auf die abweichende Beurteilung der behandelnden Ärztin Dr. E.____ vom 26. Oktober 2020 und 1. Mai 2021 beruft, ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Weiter ist zu beachten, dass eine Exploration von der Natur der Sache

her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern die Gutachter – wie hier – lege artis vorgegangen sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Arztpersonen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 8C_835/2018, E. 3 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin legt nicht substantiiert dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass aus den Berichten der behandelnden Ärztin Dr. E.____ vom 26. Oktober 2020 und 1. Mai 2021 Gesichtspunkte hervorgingen, die von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden wären. Die knappen Angaben der Hausärztin überzeugen in medizinischer Hinsicht nicht. So ist ihre nicht weiter begründete Auffassung, wonach die Polymorbidität der Versicherten ihn ihrer Gesamtheit invalidisierend sei, nicht nachvollziehbar, und für eine die Leistungsfähigkeit beeinträchtigende psychische Erkrankung finden sich in den Akten keine medizinischen Anhaltspunkte. Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was geeignet wäre, den Beweiswert des Gutachtens der SMAB AG vom 21. August 2020 und die Beurteilung des RAD vom 5. Mai 2021 in Zweifel zu ziehen. In antizipierter Beweismwürdigung (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2) kann deshalb auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden.

9. 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 Ergebnisse im Gutachten der SMAB AG vom 21. August 2020 und die Beurteilung des RAD vom 5. Mai 2021 davon ausgegangen ist, dass die Versicherte in angepassten Verweistätigkeiten 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 31. Mai 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 31. Mai 2021, mit welcher ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint wurde, ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde deshalb abzuweisen.

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. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 8. September 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden.

10.2 Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zugesprochen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 8. September 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 16. September 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8 Stunden 40 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. 40.80. Dem Rechtsvertreter ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'910.75 (8,66 Stunden à Fr. 200.-- [vgl. § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003] und Auslagen von Fr. 40.80 inkl. 7,7 % Mehrwertsteuer) 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 **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.
 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'910.75 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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