



Entscheid des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. Dezember 2018 (720 17 34 / 335)

Invalidenversicherung

Bestimmung des massgebenden medizinischen Sachverhalts aufgrund eines Gerichtsgutachtens.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dominik Zehntner, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1972 geborene A.____ war vom 1. Mai 2006 bis 31. Oktober 2012 bei der B.____AG als Logistikmitarbeiter angestellt. Am 24. März 2010 meldete er sich unter Hinweis auf Diskushernien bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab und liess den Versicherten bei der Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) interdisziplinär begutachten (Expertise der ABI vom 26. August 2014). Gestützt auf die daraus gewonnenen Erkenntnisse ermittelte sie einen IV-Grad von 25%. In der Folge wies sie

einen Anspruch von A.____ auf eine Rente nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 6. Januar 2017 ab.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Dominik Zehntner, am 1. Februar 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 6. Januar 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm ab dem 30. April 2013 eine ganze Rente zuzusprechen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 8. März 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 2. Mai 2017 / Duplik vom 23. Mai 2017) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

E. Anlässlich der Urteilsberatung vom 27. Juli 2017 gelangte das Kantonsgericht zur Auffassung, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten nicht möglich sei. In der Folge stellte es das Verfahren aus und ordnete ein Gerichtsgutachten an. Am 7. November 2017 beauftragte es die MEDAS Zentalschweiz mit einem polydisziplinären Gutachten, welches am 11. Juli 2018 erstattet wurde. Hierzu sowie zu den Auswirkungen der medizinischen Beurteilung auf den Leistungsanspruch nahm der Beschwerdeführer am 23. August 2018 und am 17. September 2018 Stellung. Die IV-Stelle liess sich dazu am 27. August 2018 und am 3. September 2018 vernehmen.

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 des Versicherten vom 1. Februar 2017 ist einzutreten.

2. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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 Nach 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 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; allgemeine Methode des Einkommensvergleichs).

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

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkei-

ten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (vgl. BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.3 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 also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 E. 4.4 und 4.5). So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa mit Hinweisen). Im Weiteren ist laut diesen Richtlinien den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und

Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

6. Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2017 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das Gutachten der ABI vom 26. August 2014, deren ergänzenden Stellungnahme vom 30. Dezember 2014 sowie auf die Beurteilungen des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD; Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädie und Physikalische sowie Rehabilitative Medizin, vom 4. Februar 2015, 20. Juli 2015 und 10. November 2015 und Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Februar 2016 und 9. November 2016). Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Beschwerdeführer angepasste Verweistätigkeiten im Umfang von 90% zumutbar seien. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.4 hiervor), 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. Anlässlich der ersten in dieser Angelegenheit erfolgten Urteilsberatung vom 27. Juli 2017 gelangte das Kantonsgericht zur Auffassung, dass dem Gutachten der ABI vom 26. August 2014 und den Einschätzungen der RAD-Ärzte keine ausschlaggebende Beweiskraft zukomme. Es hielt fest, aufgrund der widersprüchlichen medizinischen Unterlagen bestünden erhebliche Zweifel an der Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Das Kantonsgericht beschloss deshalb, den Fall auszustellen und zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts bei der MEDAS Zentralschweiz ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben.

7.1 Die untersuchende Ärzteschaft der MEDAS Zentralschweiz diagnostizierte am 11. Juli 2018 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine chronische, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) mit Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0), ein chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom links mit und bei Fehlstatik mit diskreter linkskonvexer Torsionsskoliose, leichter lumbaler Hyperlordose und Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung und ein chronifiziertes rechtsseitiges zervikothorakales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom tendomyotischer/myofaszialer Ausprägung. Die Schmerzsymptomatik werde durch den kongenitalen, fi-

xierten Schiefhals mit konsekutiver sekundärer Wirbelsäulenfehlform und Gesichtasymmetrie sowie durch die jahrelange, schmerzbedingte Schonung infolge Haltungsinsuffizienz, verbunden mit einer erheblichen muskulären Dysbalance und Dekonditionierung sowie durch die degenerativen Veränderungen im unteren Hals- und Lendenwirbelsäulenbereich ausreichend erklärt. Der Versicherte weise eine erheblich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) auf mit chronifiziertem myofaszialem/tendomyotischem Schmerzsyndrom der gesamten Nacken-Schulterpartie rechts und mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit zervikal und insbesondere im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS). Aufgrund der strukturellen Befunde am Bewegungsapparat könne der Versicherte keine körperlich schweren und ständig mittelschweren Tätigkeiten, keine Verrichtungen über Kopf mit reklinierter HWS, keine langdauernden Zwangshaltungen im Sitzen und Stehen ohne die Möglichkeit, zwischendurch häufig die Körperposition zu wechseln, ausüben. Zudem bestünden Einschränkungen hinsichtlich Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten und Dächern, für Arbeiten auf vibrierenden Maschinen sowie für solche mit nasskalter Witterungsexposition. In einer optimalen leidensadaptierten Tätigkeit und einer täglichen Präsenz von maximal 7 Stunden sei der Versicherte aufgrund eines schmerzbedingten Bedarfs an vermehrten Pausen und eines schmerzbedingt verlangsamten Arbeitstempos zu 20% in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Ausgehend von einem Arbeitstag von 8,2 Stunden betrage die zumutbare Arbeitsfähigkeit 70%. Aus neurologischer Sicht seien die Rückenbeschwerden nicht auf ein radikuläres oder myeläres Syndrom zurückzuführen. Die heftigen Kopfschmerzen seien vereinbar mit Migräne-Attacken ohne Aura. Es komme aber auch zu Kopfschmerzen vom Spannungstyp. In psychiatrischer Hinsicht sei von einer mittelgradigen Depression auszugehen. Aufgrund dieser Störung seien der Antrieb, die Ausdauer, die kognitiven Fähigkeiten, das Arbeitstempo sowie die Kontakt- und Verkehrsfähigkeit beeinträchtigt. Die Arbeitsfähigkeit sei um 45% eingeschränkt. Hinsichtlich der Beurteilungen der Vorgutachter Dres. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bestünden erhebliche Zweifel, da die Gutachten nicht lege artis erstellt worden seien. Aus gesamtmedizinischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Logistiker/Mechaniker seit dem 16. September 2011 45%. In einer körperlich optimal angepassten Tätigkeit sei der Versicherte zu 55% arbeitsfähig.

7.2 In seinen Stellungnahmen vom 23. August 2018 und 17. September 2018 erachtete der Beschwerdeführer die Gerichtsexpertise als beweistaugliche Entscheidungsgrundlage und beantragte gestützt darauf mit Wirkung ab 30. September 2013 die Ausrichtung einer Dreiviertelsrente. Demgegenüber stellte sich die IV-Stelle in ihren Eingaben vom 27. August 2018 und 3. September 2018 auf den Standpunkt, dass die rheumatologische Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht nachvollziehbar sei und die in psychiatrischer Hinsicht attestierte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 45% auch gesamtmedizinisch sowohl für die angestammte als auch für eine Verweistätigkeit massgeblich sei. Damit sei ab September 2012 ein Anspruch auf eine Viertelsrente, eventualiter auf eine halbe Rente, ausgewiesen.

7.3 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.4 hiervor), weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten oder Expertinnen ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Vorliegend sind keine Gründe

ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse des Gerichtsgutachtens vom 11. Juli 2018 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage in jeder Hinsicht erfüllt. Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Sodann weist das Gutachten keine Widersprüche von entscheidrelevanter Bedeutung auf und setzt sich auch mit den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander. Insgesamt ist die Beurteilung im Gutachten überzeugend. Es wird deutlich, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht eine erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit und der Belastbarkeit der gesamten Wirbelsäule und in psychischer Hinsicht eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende depressive Diagnose aufweist. Auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist nachvollziehbar begründet. Demnach beträgt die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Logistiker/Mechaniker 45% und in einer körperlich angepassten Tätigkeit 55%.

7.4 Daran vermögen die Vorbringen der IV-Stelle nichts zu ändern. Sie merkt zunächst unter Hinweis auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. C.____ vom 13. August 2018 an, dass entgegen der Beurteilung im rheumatologischen Gutachten nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30%, sondern von einer solchen von bloss 20% auszugehen sei, da sich aus somatischer Sicht keine Befunde finden würden, die eine eingeschränkte Anwesenheit am Arbeitsplatz begründen würden. Diese unterschiedliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit wirkt sich aus gesamtmedizinischer Sicht – wie sie selbst einräumt – nicht entscheidrelevant aus, da der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen unbestritten eine weit höhere Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 45% aufweist. Wenn sie weiter rügt, der rheumatologische Gerichtsgutachter habe seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit weder hergeleitet noch erläutert, ist ihr insofern beizupflichten, als der Beurteilung keine detaillierte Begründung zu entnehmen ist. Dies vermag aber die Aussagekraft nicht zu schmälern, da sie unter Einbezug des Arbeitsplatzbeschriebs der B.____AG vom 20. April 2010 und somit in Kenntnis der konkreten Aufgabenbereiche des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit erfolgte. Wenn die Beschwerdegegnerin in der Beurteilung des rheumatologischen Gutachters insofern einen Widerspruch erkennt, als er festhält, dass dem Versicherten keine ständig mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar seien, und im gleichen Abschnitt nur noch körperlich leichte Tätigkeiten als zumutbar bezeichnet (vgl. S. 35 des rheumatologischen Teilgutachtens), trifft dies zwar zu. Dieser Widerspruch wird aber insofern relativiert, als in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung festgehalten wird, dass dem Versicherten gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten zumutbar sind (vgl. S. 67 der Gesamtbeurteilung). Ob daraus – wie die IV-Stelle geltend macht – geschlossen werden kann, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit bei der B.____AG, welche manchmal das Heben und Tragen von Werkstücken von 10-25 kg und selten das Heben und Tragen von über 25 kg beinhaltete (vgl. den Arbeitsplatzbeschreibung der ehemaligen Arbeitgeberin vom 20. April 2010; act. 9), weiterhin zumutbar ist, ist indes aufgrund der Tatsache fraglich, dass ihm die Rückkehr an den Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich war (vgl. Kündigungsschreiben der B.____AG vom 12. August 2012;

act. 73). Wie es sich damit verhält, braucht indes nicht abschliessend geklärt zu werden, da dieses Arbeitsverhältnis seitens der Arbeitgeberin per 31. Oktober 2012 aufgelöst wurde und im massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2017 gar nicht mehr bestand. Damit fällt es für die Bemessung der Invalidität ohnehin ausser Betracht, wie sich aus den nachstehenden Ausführungen ergibt. Insgesamt ist die Beurteilung im Gutachten der MEDAS Zentralschweiz sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen überzeugend und lässt eine zuverlässige Beurteilung der streitigen Belange zu, weshalb vollumfänglich darauf abzustellen ist.

8. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.4 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174), welcher – gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG – auf den 1. September 2012 (Beginn des Wartejahrs: 16. September 2011; vgl. E. 7.1 hiervor) zu liegen kommt. Für den nachfolgend durchzuführenden Einkommensvergleich sind demnach die in diesem Zeitpunkt gegebenen Einkommensverhältnisse massgebend.

9.1 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt des Rentenbeginns tatsächlich verdienen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2012, 8C_600/2012, E. 4.1.1). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel von der Tätigkeit, welche die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübt hat, auszugehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. November 2002, I 491/01, E. 2.3.1). Gegen die konkrete Berechnung des Valideneinkommens gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende vom 8. Juni 2012; act. 56) erhob der Beschwerdeführer keinen Einwand. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht betreffend Valideneinkommen eine andere Einschätzung vorzunehmen wäre, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit der Berechnung des Valideneinkommens. Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die entsprechenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2017 verwiesen werden. Damit ist von einem massgebenden Valideneinkommen von Fr. 78'390.-- auszugehen.

9.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, gilt das Einkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so

können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2).

9.3 Bei der Ermittlung des trotz Gesundheitsschadens zumutbarerweise erzielbaren Einkommens (Invalideneinkommen) stützte sich die IV-Stelle auf die LSE. In ihren Stellungnahmen vom 27. August 2018 und 3. September 2018 zum Gerichtsgutachten resp. zu den Auswirkungen der medizinischen Beurteilung auf den Leistungsanspruch stellte sie sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass beim Validen- und beim Invalideneinkommen vom gleichen Lohn auszugehen sei, da die bisherige Tätigkeit bei der B.____AG einer angepassten Tätigkeit entspreche. Dieser Auffassung ist nicht beizupflichten, da das Arbeitsverhältnis seitens der Arbeitgeberin per 31. Oktober 2012 und somit mehr als vier Jahre vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2017 aufgelöst wurde, nachdem der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage war, die bisher ausgeübte Erwerbstätigkeit weiterzuführen und eine Umplazierung im Betrieb nicht möglich war. Vor diesem Hintergrund ist das von ihr angerufene Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2017, 9C_576/2016, wonach keine Notwendigkeit besteht, statistische Werte beizuziehen, wenn eine versicherte Person trotz der gesundheitlichen Einschränkungen in der Lage ist, die bisher ausgeübte Erwerbstätigkeit – allenfalls mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit – weiterzuführen, nicht einschlägig, weshalb entgegen der Auffassung Vorinstanz als Invalideneinkommen nicht das auf 55% reduzierte Valideneinkommen beigezogen werden kann. Vielmehr ist das trotz Gesundheitsschädigung noch erzielbare Einkommen mittels Tabellenlöhnen zu bestimmen. Dabei ist zu beachten, dass der frühestmögliche Rentenbeginn im Jahr 2012 liegt, weshalb entgegen den Angaben in der angefochtenen Verfügung 6. Januar 2017 nicht die LSE 2010 resp. 2014 sondern die LSE 2012 zur Anwendung kommt. Soweit sich der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 23. August 2018 auf das im Vorbescheid vom 12. Juni 2013 ermittelte Invalideneinkommen beruft, kann ihm nicht gefolgt werden, da dieses ebenfalls auf der unzutreffenden LSE 2010 beruht. Laut Tabelle TA1 der LSE 2012 belief sich das Total aller Männerlöhne im Kompetenzniveau 1 ("einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art") im Jahre 2012 auf Fr. 5'210.-- (LSE 2012, Privater Sektor, Tabelle TA1, Männer, Kompetenzniveau 1, Zeile "Total"). Dieser Tabellenlohn beruht auf einer einheitlichen Arbeitszeit von 40 Wochenstunden und ist deshalb auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit des Jahres 2012 von 41,7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen, "Total") umzurechnen. Unter Berücksichtigung eines zumutbaren Pensums von 55% in angepassten Verweistätigkeiten resultiert ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 35'847.40 (Fr. 5'210.-- x 12 x 41,7 / 40 x 55%).

9.4.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage solcher statistischer Durchschnittswerte ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allge-

meinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohns haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25% des Tabellenlohns zu begrenzen (BGE 134 V 322 E. 5.2; vgl. zum Ganzen auch BGE 126 V 75 E. 5b/bb und cc).

9.4.2 Wie sich aus der massgebenden Zumutbarkeitsbeurteilung im Gerichtsgutachten vom 11. Juli 2018 ergibt, wurden die gesundheitlichen Beschwerden und die damit verbundene beeinträchtigte Leistungsfähigkeit des Versicherten bereits durch die Annahme eines reduzierten Arbeitspensums im Umfang von 45% hinreichend berücksichtigt. Eine zusätzliche Veranschlagung dieser Einschränkungen unter dem Titel des leidensbedingten Abzugs im Sinne von BGE 126 V 75 würde zu einer unzulässigen doppelten Anrechnung desselben Faktors führen. Zu beachten ist aber, dass Teilzeitarbeit bei Männern statistisch gesehen vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (vgl. dazu SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109, 9C_721/2010 E. 4.2 in fine und E. 4.2.2 mit Hinweisen). Schliesslich rechtfertigen die Kriterien Alter, Dienstjahre und Nationalität/Aufenthaltskategorie vorliegend keinen Abzug. Unter Würdigung sämtlicher Kriterien erscheint ein Abzug vom Tabellenlohn von maximal 10% (Teilzeitarbeit) angemessen. Demnach beträgt das massgebende Invalideneinkommen Fr. 32'262.65 (Fr. 35'847.40 x 90%).

9.5 Aus der Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von Fr. 78'390.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 59% ($[(\text{Fr. } 78'390.-- - \text{Fr. } 32'262.65) : \text{Fr. } 78'390.-- \times 100]$); vgl. zur Rundungspraxis: BGE 130 V 121 ff.), was Anspruch auf eine halbe Rente gibt. Demnach ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basellandschaft vom 6. Januar 2017 aufzuheben und festzustellen, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. September 2012 Anspruch auf eine halbe Rente hat.

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 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. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Beim Entscheid über die Verlegung der Prozesskosten ist somit grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. In casu ist der Beschwerdeführer mit seinen Rechtsbegehren teilweise durchgedrungen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten

zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.

10.2.1 Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so hat er deren Kosten dennoch zu übernehmen, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Wie das Bundesgericht in BGE 137 V 210 ff. entschieden hat, sind in jenen Fällen, in denen zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, die Kosten der durch das Gericht in Auftrag gegebenen Begutachtung den IV-Stellen aufzuerlegen. Dies sei, so das Bundesgericht weiter, mit der zitierten Bestimmung von Art. 45 Abs. 1 ATSG durchaus vereinbar (vgl. BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2). In BGE 139 V 496 hat das Bundesgericht präzisierend Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können, zu berücksichtigen sind. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe; wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder wenn sie auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a). Wenn die Verwaltung dagegen den Untersuchungsgrundsatz respektiert und ihre Auffassung auf objektive konvergente Grundlagen oder auf die Ergebnisse einer rechtsgenügenden Expertise gestützt habe, sei die Überbindung der Kosten des erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens an sie nicht gerechtfertigt, aus welchen Gründen dies auch immer erfolge (zum Beispiel aufgrund der Einreichung neuer Arztberichte oder eines Privatgutachtens; zum Ganzen: BGE 139 V 502 E. 4.4 mit Hinweisen).

10.2.2 Vorliegend ist das Kantonsgericht anlässlich der Urteilsberatung vom 27. Juli 2017 zum Ergebnis gelangt, dass ein Sachentscheid gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht möglich war. Wie vorstehend in Erwägung 6 ausgeführt, kamen dem Gutachten der ABI vom 26. August 2014 und den Einschätzungen der RAD-Ärzte mit Blick auf die Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten keine ausschlaggebende Beweiskraft zu. Da auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte keine verlässliche Entscheidungsgrundlage bildeten, waren die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht ausreichend beweiskräftig. Demnach wies das Verwaltungsverfahren Untersuchungsmängel auf, die eine Gerichtsexpertise notwendig machten. Die Kosten des Gerichtsgutachtens, welche sich gemäss der eingereichten Honorarnote vom 11. Juli 2018 auf Fr. 17'564.50 belaufen, sind unter diesen Umständen der Vorinstanz aufzuerlegen.

10.3 Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Fraglich ist, ob die Parteientschädigung allenfalls wegen bloss teilweisen Obsiegens zu reduzieren ist. In diesem Zusammenhang ist vorab klarzustellen, dass es bundesrechtswidrig wäre, die Parteientschädigung ausschliesslich nach dem anteilmässigen Prozesserfolg zu bemessen. Mit einem solchen Vorgehen würde in unzulässiger Weise von den bundesrechtlichen Bemessungskriterien der „Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses“ (Art. 61 lit. g Satz 2 ATSG) abgewichen (BGE 117 V 407 E. 2c). Gegen eine Reduktion der Parteientschädigung wegen bloss teilweisen Obsiegens sprechen zudem folgende Überlegungen: Der Beschwerdeführer hätte sich damit begnügen können, in seinem Rechtsbegehren die Zusprechung einer Rente zu verlangen (BGE 101 V 223 E. 4). In diesem Fall wäre der Prozesserfolg nicht anteilmässig quantifizierbar und dem Beschwerdeführer würde wegen Obsiegens eine volle Parteientschädigung zugesprochen (BGE 117 V 406 E. 2b). Zu beachten ist sodann, dass praxisgemäss selbst dann eine volle Parteientschädigung ausgerichtet wird, wenn das kantonale Gericht in einem Rentenverfahren keinen materiellen Entscheid trifft, sondern die Sache zu ergänzender Abklärung und anschliessender Neuurteilung an den Versicherungsträger zurückweist (BGE 117 V 406 f. E. 2b mit Hinweisen). Berücksichtigt man diese Überlegungen, so rechtfertigt es sich, dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren eine volle und nicht eine wegen bloss teilweisen Obsiegens reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 2. Oktober 2018 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 24,833 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Dieser Aufwand ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 205.70. Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 6'921.25 ([24,833 Stunden x Fr. 250.-- + Auslagen von 205.70]; inkl. 8% Mehrwertsteuer auf Fr. 4'447.95 [Fr. 355.85] und 7,7% Mehrwertsteuer auf Fr. 1'966.05 [Fr. 151.40]) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 6. Januar 2017 aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. September 2012 Anspruch auf eine halbe Rente hat.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
 3. Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung in der Höhe von

Fr. 17'564.50 werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.

4. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 6'921.25 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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