



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. März 2018 (720 17 347 / 78)

Invalidenversicherung

Würdigung der medizinischen Unterlagen

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1959 geborene A.____ war zuletzt vom 4. Juni 2003 bis 6. November 2011 als Produktionsmitarbeiter bei der B.____ AG angestellt. Am 21. Juli 2010 meldete sich A.____ mit Hinweis auf Rückenschmerzen, Abnützung der Wirbelsäule sowie Diabetes bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse sowie Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 10. Mai 2017 (am 21. September 2017 erneut versendet)

in Anwendung der allgemeinen Bemessungsmethode eine vom 1. August 2012 bis 30. Juni 2014 befristete ganze Rente zu.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Roman Felix, am 18. Oktober 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge.

C. Mit Vernehmlassung vom 15. November 2017 beantragte die IV-Stelle 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 form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle die dem Beschwerdeführer ab 1. August 2012 zugesprochene ganze Rente zu Recht per 30. Juni 2014 befristet hat.

2.1 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).

2.2 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 andern 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 verur-

sachte 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).

2.3 Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_841/2016 und 8C_130/2017, beide zur Publikation vorgesehen), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4-3.6 und 4.1). Gemäss altem Verfahrensstandard (z.B. BGE 130 V 352) eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8).

3.1 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.

3.2 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). 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; BGE 128 V 30 E. 1).

3.3 Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad des Versicherten nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bemessen, was vom Beschwerdeführer – zu Recht – nicht bestritten wird.

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

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes 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 Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (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: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 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 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb). 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. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Unterlagen vor:

5.1 Am 11. Mai 2012 erstellen PD Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, ein bidisziplinäres Gutachten.

Aus psychiatrischer Sicht attestiert PD Dr. C.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode sowie Legasthenie. Eine mittelgradige oder gar schwere Depression könne ausgeschlossen werden. Es könne gesagt werden, dass auch im objektiven Psychostatus diejenigen Parameter, die sehr gut die innerpsychische Vitalität abbilden würden, grösstenteils bland beziehungsweise nur leicht pathologisch ausgefallen seien, nie aber mittelgradig oder schwer, so wie äusseres Erscheinungsbild, Psycho- und Sprachmotorik, Mimik und Gestik, Denktempo, kognitive Ressourcen, Affektverarmung sowie affektive Schwingungsfähigkeit. Diese Kriterien würden gut untermauern, dass eine leichte depressive Episode vorliegen würde. Eine gewisse histrionische Ausgestaltung sei in der Untersuchung nicht zu übersehen gewesen. Man könne also eine gewisse Verdeutlichung festhalten, die aber definitionsgemäss bewusstseinsfernen Mechanismen unterliegen würde. Die Legasthenie habe nur dann eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, wenn es sich um Arbeiten handle, in denen Anforderungen an Sprach- oder Lesefähigkeiten gestellt würden. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung würden nicht vorliegen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit.

Dr. D.____ stellte aus rheumatologischer Sicht folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Seronegative Spondylarthropathie mit/bei Befall Lendenwirbelsäule und Iliosakralgelenk, Status nach Basistherapie mit Adalimumab von 06/2010 bis Ende 2011, gestoppt wegen rezidivierenden Infekten, derzeitige Basistherapie mit Sulfasalazin seit einigen

Monaten, sowie ein essentieller Tremor. Das Achsenorgan zeige einen deutlichen Rundrücken mit Shift der Wirbelsäule nach rechts, so falle das Lot 5 cm rechts der Rima ani. Zusammengefasst finde sich ein deutliches Lumbovertebralsyndrom mit erheblicher Bewegungseinschränkung und auch Schmerzhaftigkeit, dies bei nachgewiesener seronegativer Spondylarthropathie mit entzündlichem Befall der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenks. Des Weiteren bestehe ein essentieller Tremor, welcher in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ebenfalls relevant sei, dies vor allem bei einer feinmotorischen Tätigkeit. Bezüglich Diabetes mellitus bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Das Profil einer Verweistätigkeit umfasse körperlich leichte Tätigkeiten mit nicht Heben, Stossen oder Ziehen über 7,5 kg, keine Arbeiten dauernd in Zwangshaltungen, dauernd nur stehend oder sitzend, nicht repetitiv bückend, mit der Möglichkeit zum Positionswechsel. Für eine derartige körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bezogen auf ein Ganztagespensum. Auf Grund des Ruhetremors sei er für eine Tätigkeit, welche feinmotorische Fähigkeiten mit den Händen erfordere nicht arbeitsfähig.

Die rheumatologische Beurteilung gelte als Gesamtbeurteilung.

5.2 Die behandelnde Ärztin Dr. med. E.____, FMH Neurologie, hielt anlässlich einer Kontrolluntersuchung vom 24. Januar 2014 fest, der Patient habe berichtet, dass sich das Zittern in der Zwischenzeit nicht nennenswert verbessert habe. Bezüglich der Medikamente sei sie nicht ganz sicher, ob der Patient die Medikamente korrekt einnehme. Es zeige sich ein leicht- bis mässiggradiger Halte- und Aktionstremor an beiden oberen Extremitäten, im Wesentlichen unverändert zur Voruntersuchung im Oktober 2013. Es bestehe ein essentieller Tremor ca. seit dem 20. Lebensjahr bei positiver Familienanamnese.

Am 21. Februar 2014 hielt Dr. E.____ fest, gemäss Angaben des Patienten, sei der Tremor unverändert stark vorhanden. Am 1. April 2014 führte Dr. E.____ aus, der Patient habe Mysoline eigenmächtig auf 3 x 1 pro Tag aufdosiert. Erfreulicherweise habe er keine Nebenwirkungen.

Gemäss den Verlaufsberichten von Dr. E.____ vom 6. Februar 2015, 11. Februar 2015 und 10. März 2015 berichtete der Beschwerdeführer, es gehe ihm relativ gut, der Tremor sei unverändert vorhanden, das Mysoline wirke. Der Patient habe seine Medikation nicht korrekt angeben können (6. Februar 2015). Eine Kontrolle der Medikamente am 11. Februar 2015 habe ergeben, dass das Mysoline nicht mehr eingenommen worden sei und Inderal in zu geringer Dosis. Das Mysoline sei wieder langsam einzudosieren und das Inderal zu erhöhen. Die Kontrolle am 10. März 2015 habe ergeben, dass der Patient die Medikamente gut vertrage und es deutlich positive Effekte gebe; es komme zu Exazerbationen in Stresssituationen. Am 5. Juni 2015 berichtet Dr. E.____, der Tremor sei unter der Kombinationstherapie mit Inderal und Mysoline deutlich zurückgegangen. Es werde empfohlen, die Medikation so zu belassen.

5.3 Die Medas Interlaken Unterseen GmbH erstellte am 29. Januar 2016 ein polydisziplinäres Gutachten mit den Disziplinen Rheumatologie (Dr. med. F.____, FMH Rheumatologie), Neurologie (Dr. med. G.____, FMH Neurologie), Psychiatrie (Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) und Innere Medizin (Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin).

Aus rheumatologischen Gründen bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Wäschereimitarbeiter unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen gemäss Dr. F.____ eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit, wie dies vorübergehend auch praktiziert worden sei. Geltung habe diese Einschätzung ab dem 1. April 2014 (Abschluss der orthopädischen Behandlung nach unfallbedingter Meniskusläsion). Qualitativ seien folgende Einschränkungen zu beachten: Nicht ausschliesslich stehende Tätigkeiten, sondern Wechselpositionen und Wechselbelastung, kein schweres Heben und Tragen von Lasten, kein häufiges Steigen und keine feinmotorischen Tätigkeiten. Eine angepasste Tätigkeit ohne rückenbelastende Arbeiten (kniend, kauend, ausschliesslich sitzend, vorgebeugt) ohne Heben und Tragen über 20 kg, ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges oder langes Gehen auf unebenem Gelände, ohne häufige manuelle Tätigkeiten, ohne feinmotorische Tätigkeiten, sei dem Beschwerdeführer ohne zeitliche Einschränkung aber mit Leistungsminderung von 20 %, das bedeute in einem Umfang von 80 %, zumutbar. Diese Einschätzung gelte ebenfalls seit Suva-Abschluss, respektive Beendigung der orthopädischen Behandlung nach arthroskopischer Teilmeniskektomie links, also ab April 2014.

Der neurologische Gutachter Dr. G.____ hält als Diagnosen einen essentiellen familiären Tremor, ICD-10 G25.0, sowie chronische tägliche Lumbalgien ohne Lumbovertebralsyndrom und ohne senso-motorische Ausfälle, ICD-10 M54.96, fest. In seiner Beurteilung führt er aus, das klinische Bild sei ohne Zweifel mit der Diagnose eines familiären essentiellen Tremors zu vereinbaren. Der Intentions- und Positionstremor der oberen Extremitäten sei wirklich ausgeprägt und sehr störend trotz einer absolut adäquaten Therapie mit einem Betablocker (Propranolol) und einem Antiepileptikum (Mysoline). Gemäss Angaben der behandelnden Neurologin Dr. E.____ (letzte neurologische Kontrolle vom 5. Juni 2015) sei der Tremor unter der Kombinationstherapie mit Inderal und Mysoline deutlich zurückgegangen. Die Chancen einer signifikanten Verbesserung des essentiellen Tremors durch eine Anpassung der Therapie seien äusserst klein. Wegen des ausgeprägten Intentionstremors der Hände schätze er seine Arbeitsfähigkeit für manuelle Tätigkeiten deutlich unter 50 % ein.

Aus psychiatrischer Sicht diagnostiziert Dr. H.____ ein dysfunktionales Krankheitsverhalten (Selbstlimitierung, Entschädigungshaltung, Schonverhalten und Verharren in der Krankenrolle). Ansonsten liege kein relevanter Gesundheitsschaden auf psychiatrischem Gebiet vor. Der Gutachter führt aus, als Vordiagnosen seien eine leichte depressive Episode gutachterlich festgehalten, von Behandlerseite eine mittelgradige depressive Störung. Beides sei in der jetzigen Situation nicht mehr festzustellen. Auch eine Veränderung in Richtung anhaltende depressive Störung (Dysthymie) sei trotz Angaben des Versicherten, verbittert zu sein, minderbelastbar, gekränkt, nervös, gereizt, angesichts der affektiven Modulierbarkeit nicht zu diagnostizieren. Da keine psychiatrische Krankheit vorliege, könne auch keine Funktions- und Fähigkeitsstörung aus psychiatrischer Perspektive abgeleitet werden. Es ergebe sich auch für die vormalige Tätigkeit keine Einschränkung, so dass insgesamt weder für die letzte Tätigkeit noch in einer angepassten Tätigkeit quantitative oder qualitative Einschränkungen definiert werden könnten. Defizite würden sich allenfalls durch Dekonditionierung, mangelndes Anreizsystem, Selbstlimitierung und erlebte Chancenlosigkeit ergeben.

Interdisziplinär beurteilt würden körperliche Erkrankungen vorliegen. Auf rheumatologischem Gebiet in Form der Spondylarthropathie und degenerativer Veränderungen des Achsenorgans und der Kniegelenke, beides zu einem chronischen Schmerzsyndrom, entzündlich und degenerativ bedingt führend. Auf neurologischem Gebiet liege ein essentieller, familiärer Tremor vor, der zu einem sozialen Vermeidungsverhalten beitrage (kein Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit). Auf psychiatrischem Gebiet bestehe keine krankheitswertige Störung. Die vormals diagnostizierte leichte depressive Episode sei demnach abgeklungen. Es bestehe ein ausgeprägtes, dysfunktionales Krankheitsverhalten mit Selbstlimitierung, Entschädigungshaltung und Dekonditionierung. Gesamthaft hätten die rheumatologischen und die neurologischen Befunde Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Aus den internistischen Befunden respektive Vorbefunden, Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie, würden sich keine Funktionseinschränkungen ergeben.

Zusammenfassend werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

1. Spondyloarthropathie, HLA-B27 negativ, seronegativ, bildgebend mässig aktive Spondylodiszitiden und Sakroilitis beidseits, M45.09.
2. Essentieller, familiärer Tremor, betont als Positions- und Intentionstremor der oberen Extremitäten, G25.0.
3. Chronische Lumbalgie ohne sensomotorische Ausfälle, mit/bei vorbefundlich nachgewiesenen Osteochondrose L1 bis L5, Spondylarthrose der unteren LWS, Diskusprotrusionen L3 bis S1 (MRI 12/2008), M54.

Unter dem Titel „Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde“ wird ausgeführt, in rheumatologischer Hinsicht bestehe eine nicht vollständig remittierte Spondylarthropathie. Trotz fehlender humeralen Entzündungszeichen spreche die aktuelle Bildgebung für eine noch bestehende Aktivität der rheumatologischen Systemerkrankung. Insofern seien Ruheschmerzen respektive nächtliche Schmerzen – auch wenn der Versicherte sich dazu inkonsistent äussere – plausibel. Die degenerativen Veränderungen an den Kniegelenken und an der Lendenwirbelsäule seien mässiggradig ausgebildet und würden zur Schmerzproblematik zum kleineren Teil beitragen. Neurologisch stehe der Positions- und Intensionstremor, familiärer, essentieller Art, im Vordergrund. Er sei aktuell ausgeprägt gewesen, möglicherweise weil die an sich adäquate medikamentöse Therapie vom Versicherten nicht befolgt werde. Der Tremor habe Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten. Sensomotorische Ausfälle im Zusammenhang mit der nachgewiesenen Diskushernie L5/S1 würden keine bestehen. Im Zusammenhang mit der Berücksichtigung von Ausschlussgründen wird ausgeführt, eine Aggravation der Beschwerden (insbesondere Schmerzsymptomatik) und Funktionseinschränkungen (insbesondere Achsenorgan) könne nicht ausgeschlossen werden. Hinsichtlich der neurologischen Symptomatik und damit verbundener Einschränkungen bestehe dieser Verdacht nicht, es bestehe stattdessen eine therapeutische Malcompliance.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wird festgehalten, aus rheumatologischen Gründen bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Wäschereimitarbeiter unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit wie dies vorübergehend auch praktiziert worden sei. Geltung habe diese Einschätzung ab dem 1. April 2014 (Abschluss der orthopädischen Behandlung nach unfallbedingter Meniskusläsion). Qualitative Einschränkungen seien: Nicht ausschliesslich stehende Tätigkeiten, sondern Wechselpositionen und Wechselbelastung, kein schweres Heben und Tragen von Lasten, kein häufiges Steigen und keine feinmotorischen Tätigkeiten. Eine angepasste Tätigkeit ohne rückenbelastende Arbeiten (kniend, kauend, ausschliesslich sitzend, vorgebeugt) ohne Heben und Tragen über 20 kg, ohne Überkopparbeiten, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges oder langes Gehen auf unebenem Gelände, ohne häufige manuelle Tätigkeiten, ohne feinmotorische Tätigkeiten, sei dem Versicherten ohne zeitliche Einschränkung aber mit einer Leistungsminderung von 20%, also in einem Umfang von 80%, zumutbar. Diese Einschätzung gelte ebenfalls seit Beendigung der orthopädischen Behandlung nach arthroskopischer Teilmeniscektomie links, also ab April 2014.

6. Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2017 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf das polydisziplinäre Gutachten der Medas vom 29. Januar 2016. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 50 % eingeschränkt sei. Eine angepasste Tätigkeit ohne rückenbelastende Arbeiten (kniend, kauend, ausschliesslich sitzend, vorgebeugt), ohne Heben und Tragen über 20 kg, ohne Überkopparbeiten, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges oder langes Gehen auf unebenem Gelände, ohne häufige manuelle Tätigkeiten, ohne feinmotorische Tätigkeiten, sei dem Versicherten ohne zeitliche Einschränkung aber mit einer Leistungsminderung von 20%, also in einem Umfang von 80%, zumutbar. Der Beschwerdeführer hingegen beruft sich auf die Berichte der behandelnden Ärzte, Dr. med. K.____, FMH Allgemeine Medizin, Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. M.____, FMH Innere Medizin spez. Rheumatologie, sowie Dr. med. E.____, FMH Neurologie. Alle behandelnden Ärzte attestieren dem Beschwerdeführer eine höhere Arbeitsunfähigkeit.

6.1 In psychiatrischer Hinsicht macht der Beschwerdeführer geltend, das Gutachten sei nicht verwertbar, weil sich der Gutachter Dr. H.____ nicht mit den abweichenden Beurteilungen der übrigen Psychiater auseinandersetzt. Dem ist entgegen zu halten, dass auf Seite 11 des psychiatrischen Teilgutachtens unter Bezugnahme auf die erhobenen Befunde nachvollziehbar erklärt wird, wieso keine Depression vorliegt, wobei der Gutachter auch ausdrücklich die Diagnosen von Dr. L.____, welcher von einer mittelgradigen Depression ausgeht, und von Dr. C.____ im Gutachten aus dem Jahr 2012, welcher eine leichte Depression diagnostiziert, erwähnt. Zu Recht weist der Gutachter auch darauf hin, dass zudem kein auslösendes Ereignis für eine posttraumatische Belastungsstörung auszumachen und angesichts der somatischen Befunde auch nicht von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen ist. Ausserdem wurden diese beiden Diagnosen von Dr. L.____ lediglich als Verdachtsdiagnosen gestellt. Damit kann auf die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters abgestellt werden.

6.2 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten bringt der Beschwerdeführer vor, dass der Gutachter seine Beurteilung selbst relativiere, indem er bemerke, dass diese sich auf den Zustand im Zeitpunkt der Begutachtung beziehe. Daraus kann der Beschwerdeführer jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die entzündliche Erkrankung im Bereich der Wirbelsäule wurde medikamentös behandelt und dies führte, wie aus den Berichten der behandelnden Ärzte ersichtlich ist, zu einem stabilen Zustand, so dass die Beurteilung von Dr. F.____ diesbezüglich auch über den Begutachtungszeitpunkt hinaus als gültig zu betrachten ist. Es fällt jedoch auf, dass der rheumatologische Gutachter Dr. F.____ bei praktisch gleicher Diagnose und gleichen Befunden ein deutlich höheres Traglimit (20 kg) angibt als dies Dr. D.____ in seinem rheumatologischen Gutachten im Mai 2012 getan hat (7,5 kg). Diese Abweichung wird von Dr. F.____ mit keinem Wort begründet oder kommentiert. Damit besteht eine Diskrepanz zwischen den beiden Gutachtern, die nicht nachvollzogen werden kann. Da das Traglimit einen Einfluss auf mögliche Verweistätigkeiten hat, kann auf die vorliegende rheumatologische Beurteilung nicht abgestellt werden.

6.3 In neurologischer Hinsicht bemängelt der Beschwerdeführer, dass der Gutachter im neurologischen Teilgutachten wegen des essentiellen Tremors eine Arbeitsfähigkeit für manuelle Tätigkeiten von deutlich unter 50 % attestiert, dies aber im Gesamtgutachten in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit keine Erwähnung findet. Wie der RAD dazu richtig ausführt, ist der Gutachter Dr. G.____ bei der Begutachtung davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer seine Medikamente gegen den Tremor korrekt einnehme, was aber gemäss Medikamentenspiegel nicht der Fall sei. Im Hauptgutachten wird denn auch der situativ und anspannungsbedingt verstärkte Intensions- und Ruhetremor bei essentieller familiärer Tremorerkrankung auf die mangelnde medikamentöse Compliance zurückgeführt. Inwiefern und in welchem Umfang sich die mangelnde Compliance aber auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, ergibt sich aus dem neurologischen Teilgutachten nicht. Es ist somit unklar, ob bzw. wie sich eine korrekte Medikamenteneinnahme auf den Tremor und auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde. Aus den Berichten der behandelnden Neurologin Dr. E.____ geht hervor, dass sich der Tremor unter Medikation verringert hat, nicht aber verschwunden ist. Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Tremor bei korrekter Medikamenteneinnahme ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit geblieben wäre. Auch diesbezüglich ist das Gutachten demzufolge als mangelhaft zu bewerten. Zudem ist unklar, weshalb Dr. G.____ keine Kenntnis vom Medikamentenspiegel hatte, da dieser bereits Mitte November 2015 feststand, das Gutachten jedoch erst am 7. Dezember 2015 erstellt wurde und Dr. G.____ den Beschwerdeführer am 5. Dezember 2015 untersucht hat. Im Übrigen hätte Dr. G.____ bereits aufgrund der Berichte von Dr. E.____, welche darin vereinzelt Zweifel an der Medikamenteneinnahme durch den Beschwerdeführer äusserte, den anlässlich der Untersuchung sehr starken Tremor hinterfragen und den Beschwerdeführer darauf ansprechen müssen.

6.4 Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, dass die Gutachter keine konkreten Beispiele für zumutbare Tätigkeiten genannt haben. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt, ist es jedoch nicht Aufgabe der begutachtenden Ärzte konkrete zumutbare Arbeitsstellen zu benennen. Ärztlicherseits ist lediglich das Belastungsprofil zu definieren, welches dem Be-

schwerdeführer mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen noch möglich ist. Eine Konkretisierung der noch zumutbaren Tätigkeiten obliegt der Invalidenversicherung.

7. Gestützt auf die obigen Ausführungen ist festzuhalten, dass auf das vorliegende Gutachten der Medas nicht abgestellt werden kann, da einerseits die Frage des Traglimits nicht geklärt bzw. die Diskrepanz zwischen den Gutachten von Dr. F.____ und von Dr. D.____ (20 kg bzw. 7,5 kg) im Medas-Gutachten nicht begründet wurde und andererseits die Frage der Auswirkungen einer korrekten Medikamenteneinnahme auf den Tremor nicht geklärt wurde. Es findet sich auch keine Stellungnahme des Neurologen Dr. G.____ zu den Feststellungen im Hauptgutachten bezüglich der mangelhaften Compliance und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Damit bestehen Unklarheiten, welche sich auf den Umfang der Arbeitsfähigkeit auswirken können. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im April 2014 ist demnach nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, weshalb die angefochtene Verfügung vom 21. September 2017 aufzuheben und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

Zu guter Letzt ist darauf hinzuweisen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Selbsteingliederung bei über 55-jährigen versicherten Personen grundsätzlich als nicht mehr zumutbar einzustufen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2017, 9C_525/2017, E. 3.5). Im vorliegenden Fall wurde zwar im Jahr 2011 ein Arbeitstraining durchgeführt, dies jedoch bevor der Beschwerdeführer sich im Mai 2013 eine Meniskusläsion zugezogen hat, welche in der Folge auch operiert wurde. Damit hat sich die Situation seit der Durchführung des Arbeitstrainings erheblich verändert. Zu berücksichtigen ist auch, dass der Beschwerdeführer sich selbst als arbeitsfähig bezeichnet. Unter diesen Umständen wird die IV-Stelle auch abzuklären haben, ob Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind, da der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angeblichen Verbesserung des Gesundheitszustands 55-jährig und im Zeitpunkt des Verfügungserlasses 58-jährig war.

8. Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden.

8.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

8.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu 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 zurückzuerstatten.

8.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Beschwerdeführer obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 15. Dezember 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11.15 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 42.90. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'056.85 (11,15 Stunden à Fr. 250.- + Auslagen von Fr. 42.90 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 21. September 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
 3. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'056.85 (inkl. Spesen und 8 % Mehrwertsteuer) zu entrichten.

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