



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. November 2016 (720 16 252 / 294)

Invalidenversicherung

Der Sachverhalt wurde von der IV-Stelle nicht rechtsgenügend abgeklärt, weshalb die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Erik Wassmer, Advokat, Fischmarkt 12, 4410 Liestal

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1971 geborene A.____ war zuletzt vom 1. August 1991 bis 29. Februar 2016 als Wagenführer bei den B.____ tätig. Am 25. November 2011 meldete sich A.____ mit Hinweis auf starke Schmerzen in Genick und Schulterbereich mit Ausstrahlung in den linken Arm und Taubheitsgefühl in den Fingern der linken Hand erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen an. Nachdem sie die erwerblichen und die gesundheitlichen

Verhältnisse abgeklärt hatte, sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 11. Februar 2013 mangels Erreichung eines über 40%igen IV-Grades einen Rentenanspruch ab. In der Zwischenzeit nahm A._____ seine angestammte Tätigkeit wieder auf.

Am 30. Juni 2014 reichte A._____ erneut eine Anmeldung bei der IV ein. Er machte geltend, er leide an Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme und den Kopfbereich bis zu den Augen, Lendenwirbelschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine bis zu den Zehen sowie an einer psychischen Erkrankung. Nach erneuter Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse sowie Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die IV-Stelle A._____ eine befristete ganze Rente ab 1. Dezember 2014 bis zum 31. Oktober 2015 zu. Ansprüche über dieses Datum hinaus lehnte die IV-Stelle gestützt auf einen IV-Grad von 17 % ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A._____, vertreten durch Advokat Erik Wassmer, am 18. August 2016 (Eingang) Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihm mit Wirkung ab 1. Dezember 2014 auch über den 31. Oktober 2015 hinaus eine unbefristete ganze Invalidenrente auszurichten; unter o/-Kostenfolge. Verfahrensmässig beantragte er, es sei ein unabhängiges polydisziplinäres Gutachten anzuordnen und sodann über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden. Dazu führte er aus, dass dieser Antrag nur für den Fall gestellt werde, dass nach Auffassung des Gerichts die beiden Gutachten von Dr. F._____ und Dr. E._____ wider Erwarten nicht als Grundlage für die Zusprache einer ganzen Rente ausreichen sollten.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 21. September 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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 ist demnach einzutreten.

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 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 dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten 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).

3.1 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelbenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder - als alternative Voraussetzung - sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

3.2.1 Zu beachten ist sodann, dass das Bundesgericht im Leiturteil BGE 141 281 ff. seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 140 V 13 f. E. 2.2.1.3) revidiert hat. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann danach weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Auch künftig wird der Rentenanspruch - in Nachachtung der ver-

fassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) - anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht eine medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes trägt das Bundesgericht der seit längerem namentlich aus medizinischer, aber auch aus juristischer Sicht an der bisherigen Schmerzrechtsprechung geäusserten Kritik Rechnung und hält an der Überwindbarkeitsvermutung nicht weiter fest. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil A. des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

3.2.2 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den genannten Gesundheitsschäden beachtlichen Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert: Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel "Gesundheitsschädigung". Darunter sind die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und die Komorbiditäten zu würdigen. Im zweiten, die "Persönlichkeit" betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt, und es sind die persönlichen Ressourcen des Versicherten zu eruieren. Im dritten Indikatoren-Komplex schliesslich ist unter dem Titel "Sozialer Kontext" eine Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds vorzunehmen. Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die "Konsistenz" zu prüfen. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien wie die Indikatoren einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und eines behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 296 ff. E. 4).

3.2.3 Zwar hatten die Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substanziell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahin gehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und – in der Folge – Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und damit vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität nur begründen, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislo-

sigkeit nach wie vor die materiell beweiselastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 308 E. 6).

4.1 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.

4.2 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).

5. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. In der vorliegenden Angelegenheit ist strittig, ob die vorhandene medizinische Aktenlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausreichend ist.

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.2 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).

5.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5).

5.3.1 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).

5.3.2 Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.3.3 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 (BGE 125 V 353 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 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte 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. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liegen im Wesentlichen folgende ärztlichen Unterlagen vor:

6.1 Mit Bericht vom 3. Februar 2014 stellte Dr. med. C.____, FMH Neurologie, folgende Diagnosen

- Zerviko-zephalales und -brachiales Schmerzsyndrom links mit/bei:
 - Status nach HWS-Distorsionstrauma (Heckkollision) am 27.09.2013
 - Status nach HWS-Beschleunigungsverletzung (mit Tram gegen Auto) am 25.05.2011
 - Degenerativen HWS-Veränderungen (CT 11/13)
 - Schmerzfehlerverarbeitung; psychosoziale Belastungssituation
- Intermittierendes lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Irritation recht mit/bei:
 - Status nach Unfall vom 27.09.2013
 - Degenerativen LWS-Veränderungen (MRI 11/13)

Dr. C.____ führte in seiner Beurteilung unter anderem aus, abgestützt auf die objektivierbaren klinischen Befunde liege deskriptiv ein zerviko-zephalales und -brachiales Schmerzsyndrom links vor. Ein muskuläres Zervikalsyndrom mit Dysbalance im Schultergürtelbereich links sei nicht mehr nachweisbar. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und deren Auswirkungen im Alltag und bei der Arbeit zu den fehlenden objektivierbaren Befunden. Unter Berücksichtigung der bildgebenden Abklärungen würden sich gewisse Erklärungsmöglichkeiten für Beschwerden ergeben. Auch der Verlauf mit anhaltender 100%iger Arbeitsunfähigkeit über 4 Monate sei – wie schon nach dem ersten Unfall – zumindest auffallend, wobei nichts zur physikalischen Schwere des stattgehabten Unfalls ausgesagt werden könne. Es würden aber jegliche Anhaltspunkte für eine Aggravation oder gar Simulation fehlen. Es könne begründbar davon ausgegangen werden, dass eine relevante Schmerzfehlerverarbeitung vorliege. Aus neurologischer Sicht bestehe unfallbedingt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

6.2 Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Arztbericht vom 14. April 2014 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD 10 F33.11) bei neurotischer Störung, DD: Neurasthenie (ICD 10 F48.0) vor dem Hintergrund einer schwer traumatisierenden Kindheit; Schlafapnoe-Syndrom, operativ behandelt (ICD-10 G47.31) an. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden verschiedene psychosozial belastende Umstände seit der Kindheit und aktuelle Belastungen festgehalten. Im Verlauf der Behandlung habe eine zunehmende psychische Stabilisierung und ein schrittweiser Rückgewinn des Selbstvertrauens erreicht werden können. Aktuell nehme er an einem Aufbautraining teil und fahre eine 50%-Schicht zusammen mit einem Fahrlehrer. Es habe im bisherigen Beobachtungszeitraum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, in den nächsten 2-4 Wochen könne damit gerechnet werden, dass eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werde.

6.3 Mit Schreiben vom 17. November 2015 erstatteten Dres. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und F.____, FMH Rheumatologie, das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten.

Dr. F.____ stellte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht ein chronisches linksseitiges cervicospondylogenes und cervicocephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.5/53.9) fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er unter anderem ein chronisches lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts, Adipositas sowie allgemeine muskuläre Dekonditionierung, AC-Gelenksüberlastung bds. DD: Beginnende AC-Gelenksarthrose, Hepatopathie und eine arterielle Hypertonie und Hyperlipidämie anamnestisch fest. In seiner Beurteilung führte Dr. F.____ aus, es bestehe eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden, den Beobachtungen sowie auch der objektivierbaren Befunde mit Hinweisen auf eine Schmerzausweitungstendenz ohne jedoch vorliegender Aggravation. Die aus rheumatologischer Sicht zu beschreibenden vorwiegend tendomyotischen Veränderungen vor allem im Nacken-/Schulter- und im Hinterkopfansatzbereich, welche schmerzbedingt zu einer doch deutlichen Einschränkung der Halswirbelsäulenfunktion führen würden wie auch die Befunde im Lendenwirbelsäulen-Bereich insgesamt ohne Hinweise auf eine cervico- oder lumboradikuläre Reizsymptomatik oder für das Vorliegen von sensomotorischen Ausfällen, seien insgesamt nicht geeignet, um eine höhergradige Funktionseinschränkung, insbesondere in einer leichten bis mittelschweren belastenden körperlichen Tätigkeit, auszuweisen. Vor allem müssten zusätzliche nicht medizinische und insbesondere nicht spezifisch den Bewegungsapparat betreffende Begleitfaktoren, vor allem psychosozialer Herkunft, in die Gesamtbetrachtung miteinbezogen werden. Diese würden die Schmerzproblematik unterhalten und hätten zwischenzeitlich zu einer Chronifizierungsproblematik geführt. Hierbei seien insbesondere die Belastungen an der Arbeitsstelle mit Vorgesetzten-Problemen sowie auch die durch die schwere Erkrankung der Ehefrau hervorgerufene Belastung zu nennen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. F.____ aus, jegliche leichte bis mittelschwere wirbelsäulenbelastende Tätigkeit, ohne repetitive Einnahme von Zwangshaltungen sowie ohne repetitive Überkopftätigkeit bestehe eine volle uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Betreffend angestammter Tätigkeit als Tramwagenführer müsse diese insbesondere wegen vorliegendem Schmerzvermeidungsverhalten als nicht mehr verantwortbar betrachtet werden, auch wenn die Tätigkeit dem Exploranden in einem Teilzeitpensum von ca. 50 % aus rein rheumatologischer Sicht weiterhin zugemutet werden könnte.

Dr. E.____ diagnostizierte aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4) und eine akzentuierte Persönlichkeit mit emotional instabilen und anankastischen Zügen (ICD-10 Z73.1) und differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61). Er führte aus, der Beschwerdeführer sei durchaus in der Lage seinen Alltag zu gestalten, er könne Termine wahrnehmen, sich ein Urteil bilden. Im zwischenmenschlichen Bereich sei er grundsätzlich nicht relevant beeinträchtigt, auch nicht in der Gruppenfähigkeit, wenn er sich nicht provoziert fühle. Er sei auch in der Lage Verantwortung zu tragen. Er habe allerdings Mühe mit Ungerechtigkeiten, er reagiere dann mit emotional instabilen Zuständen. Er sei allgemein als noch vermindert belastbar einzustufen. Der Explorand sei nachvollziehbar in der Tätigkeit als Wagenführer eines Trams beeinträchtigt. Nicht nachvollzogen werden könne

allerdings, dass er für jede Tätigkeit eingeschränkt sei solle. Der Explorand selbst fühle sich in der Lage zumindest zu 50 % eine Tätigkeit zu verrichten. Er schliesse auch nicht aus, dass er in der Lage sei, eine höhere Leistung zu erbringen. Dr. E.____ führte zur Arbeitsfähigkeit aus, zum jetzigen Zeitpunkt sei die Ausübung der Tätigkeit als Wagenführer nicht möglich und er müsse diesbezüglich als voll arbeitsunfähig eingestuft werden. Grundsätzlich sollte es dem Exploranden allerdings möglich sein eine Tätigkeit auszuüben, in der keine Gefährdung für andere Menschen bestehe. Es sei anzunehmen, dass er ab Oktober 2014 zu mindestens 50 % in der Lage sei, eine adaptierte Tätigkeit zu verrichten.

Im Anschluss an die Konsensbeurteilung wurde zusammenfassend ausgeführt, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Wagenführer. Aus rheumatologischer Sicht sei dem Exploranden die angestammte Tätigkeit nur noch zu 50 % zumutbar, dies ab ca. Oktober 2014. Bezüglich einer leidensadaptierten Tätigkeit, aus psychiatrischer Sicht zusätzlich ohne Gefährdung für andere Menschen, bestehe ab Oktober 2014 eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit, während aus rheumatologischer Sicht auch in der Vergangenheit von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Davon ausgenommen sei der Zeitpunkt der erlittenen Unfälle und der in der Folge notwendigen Rehabilitationszeit. Entsprechend wäre der Explorand ab Oktober 2014 für eine leidensadaptierte Tätigkeit als arbeitsfähig zu bezeichnen und entsprechend vermittelbar.

6.4 Mit Stellungnahme vom 29. Februar 2016 legte der RAD-Arzt Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, dar, dass er von der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. E.____ abweiche. Im Gutachten würden psychiatrisch lediglich eine remittierte depressive Episode sowie eine akzentuierte Persönlichkeit als Z-Diagnose (und somit ohne Krankheitswert) angeführt. Zwar werde im Gutachten auf ein „psychiatrisches Grundleiden“ beziehungsweise auf eine „psychiatrische Grundkrankheit“ hingewiesen. Es stelle sich aber nicht nachvollziehbar dar, welches Krankheitsbild hiermit gemeint sei. Aus den Ausführungen des Gutachtens gehe daher aus Sicht des RAD auch nicht hervor, welches psychiatrische Störungsbild die Arbeitsfähigkeit des Versicherten einschränke. Der im Gutachten dargelegten rheumatologischen Einschätzung, dass beim Beschwerdeführer eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe, könne er sich anschliessen.

6.5 Dr. D.____ hielt in seinem Verlaufsbericht vom 7. April 2016 als zusätzlich Diagnose eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit anankastischen, emotional-instabilen und impulsiven Anteilen sowie dependenten Anteilen (ICD-10 F61.0) fest. In seiner Beurteilung führte Dr. D.____ die folgenden Erlebnis-, Bewertungs- und Verhaltensmuster auf: Eine übertriebene Ordnungsliebe und anhaltende Ausdauer für dieses Thema, sowie ein Perfektionismus mit einem übersteigerten Interesse für Details. Meist verliere er dann den Überblick und auch den Blick für das Wesentliche. Der Beschwerdeführer sei ab 13. Februar bis auf weiteres zu 50 % arbeitsfähig.

6.6 Dr. G.____ führte mit Stellungnahme vom 18. April 2016 zum Bericht von Dr. D.____ aus, dieser habe in seinen früheren Berichten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht gestellt. Der Wechsel der Diagnose werde von Dr. D.____ nicht begründet. Dr. E.____ habe lediglich als Differentialdiagnose eine „Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61)“ angeführt. Diese

Diagnose sei also vom Gutachter eben nicht gestellt, sondern nur differentialdiagnostisch in Betracht gezogen worden. Aus RAD-Sicht sei weiterhin davon auszugehen, dass bei diesem Versicherten weder durch den aktuellen Arztbericht von Dr. D.____ noch durch das vorliegende bidisziplinäre Gutachten der Nachweis eines Gesundheitsschadens, welcher einen Rentenanspruch begründen könnte, erbracht worden sei.

6.7 Mit Bericht vom 25. April 2016 nahm der RAD-Arzt Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Stellung. Er führte aus, Dr. F.____ habe die Inkonsistenzen zwischen subjektiven Beschwerden zu den letztlich objektivierbaren Befunden konkret angesprochen, denn auch die objektiven Befunde, wie z.B. die radiologischen Verlaufskontrollen würden insbesondere cervical keine massgeblichen Veränderungen belegen, die eine altersentsprechend mögliche Variationsbreite überschreiten würden. Letztlich ergebe sich insbesondere bei kritischer gutachterlicher Würdigung vor dem Hintergrund tendomyotischer Verspannungen und vor allem angesichts der Verdeutlichungstendenzen und der ausdrücklichen Selbstlimitierung des Versicherten daraus keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Vom rheumatologischen Gutachten von Dr. F.____ solle entsprechend abgewichen werden: Es bestehe kein massgeblicher und dauerhafter Gesundheitsschaden mit Limitierung auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit.

6.8 Gestützt auf eine testpsychologische Abklärung berichteten lic. phil. I.____, Fachpsychologin für Psychotherapie, und J.____, Ärztliche Psychotherapeutin, Klinik Schützen, mit Schreiben vom 5. August 2016. Als Hauptdiagnosen hielten sie eine rezidivierende depressive Störung sowie eine Persönlichkeitsstörung vs. akzentuierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und anankastischen Zügen fest.

6.9 Dr. G.____ führte in seinem Schreiben vom 1. September 2016 aus, in diagnostischer Sicht sei weiterhin auf das Gutachten von Dr. E.____ vom 17. November 2017 abzustellen. Dr. D.____ habe nun mit Bericht vom 7. April 2016 erstmals die Diagnose „Gemischte Persönlichkeitsstörung mit anankastischen, emotional-instabilen und impulsiven Anteilen sowie dependenten Anteilen (ICD-10 F61.0)“ gestellt. Zum Bericht der Klinik Schützen sei festzuhalten, dass keine Diagnose nach ICD-10 gestellt worden sei und auch kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an dem Bericht mitgewirkt habe. Zusammenfassend hielt Dr. G.____ fest, die Biografie des Versicherten spreche aus psychiatrischer Sicht klar gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Allenfalls könnten bei ihm (wie auch im Gutachten von Dr. E.____ festgehalten) akzentuierte Persönlichkeitszüge diskutiert werden. Die Berichte könnten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung jedenfalls in keiner Weise belegen. Es würden aus RAD-Sicht auch keine Informationen vorliegen, die eine neue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD rechtfertigen würden.

6.10 Gemäss dem Bericht von Dr. H.____ vom 2. September 2016 seien keine neuen medizinischen Befunde oder Eckdaten präsentiert worden. Zum Gutachten von Dr. F.____ habe er bereits am 25. April 2016 Stellung genommen.

7. Die Beschwerdegegnerin ist im vorliegenden Verfahren in zweierlei Hinsicht vom Gutachten, welches sie selbst in Auftrag gegeben hat, gestützt auf die eingeholten RAD-Berichte abgewichen. Einerseits macht die IV-Stelle geltend, dass die psychiatrische Einschätzung durch Dr. E.____ mit einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch in einer Verweistätigkeit nicht nachvollzogen werden könne. Andererseits wird auch vom rheumatologischen Gutachten abgewichen, indem auch in der bisherigen Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit angenommen wird, während der Gutachter Dr. F.____ für die angestammte Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit attestiert hat.

Der Beschwerdeführer bringt in der Beschwerde vor, die IV-Stelle hätte unter diesen Umständen eine ergänzende Stellungnahme bei Dr. E.____ oder ein neues psychiatrisches Gutachten einholen müssen. Die IV-Stelle könne demnach nicht auf eine RAD-Beurteilung abstellen. Diese Beurteilung sei kein rechtsgenügender Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV bzw. genüge diese den bundesgerichtlichen Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens nicht. Dieses Vorgehen der IV-Stelle erweise sich unter diesen Umständen als Rechtsverweigerung.

Die IV-Stelle macht diesbezüglich geltend, dass von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit rechtsprechungsgemäss abgewichen werden könne, ohne dass das Gutachten seinen Beweiswert verliere.

7.1 Die IV-Stelle hat vorliegend auf die RAD-Stellungnahmen der Dres. G.____ und H.____ abgestellt. Dr. G.____ hat in seiner Stellungnahme vom 29. Februar 2016 die gutachterliche psychiatrische Einschätzung von Dr. E.____ hinterfragt. Dieser hat – wie von der IV-Stelle vorgebracht – im Gutachten als Diagnosen lediglich eine rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4), sowie eine akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) diagnostiziert. Allerdings hat die IV-Stelle selbst ausgeführt, Dr. E.____ gehe von einem psychiatrischen Grundleiden aus. Im Gutachten hält Dr. E.____ eine gestörte Affektivität fest und erwähnt, differenzialdiagnostisch auch eine Persönlichkeitsstörung, die lange einigermassen kompensiert worden sei, doch im Rahmen der Probleme der letzten Jahre schliesslich dekompenzierte. Weiter geht Dr. E.____ von einer psychischen Überlagerung und von einer verminderten Belastbarkeit des Beschwerdeführers aus. In der Konsensbeurteilung wird zusätzlich festgehalten, dass psychosoziale Belastungsfaktoren, welche die psychische Grundproblematik wie auch das Schmerzerleben ungünstig beeinflussen, bestehen würden. Entsprechend hat er in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit eine doch erhebliche Einschränkung von 50 % auch für eine Verweistätigkeit festgehalten. Gestützt auf die Ausführungen von Dr. E.____ ist das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung beim Beschwerdeführer nicht auszuschliessen, was wiederum gegen die Auffassung von Dr. G.____ und der IV-Stelle sprechen würde.

7.2 Ergänzend kann festgehalten werden, dass auf den im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der Klinik Schützen vom 5. August 2016 – wie die Vorinstanz zu Recht ausführt – nicht abgestellt werden kann. Dieser Bericht enthält keine Diagnose und wurde auch nicht von einem psychiatrischen Facharzt erstellt. Zum Gutachten von Dr. E.____ ist festzuhalten, dass die darin angeführte Persönlichkeitsstörung lediglich als Differentialdiagnose erwähnt wurde.

Dies reicht nicht aus, um eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, insbesondere da mit der gegensätzlichen Meinung des RAD-Arztes Dr. G.____ ein weiteres Indiz gegen die Zuverlässigkeit der Expertise vorliegt (vgl. oben E. 5.3.1). Der behandelnde Arzt Dr. D.____ führt zwar in seinem Bericht vom 7. April 2016 als Hauptdiagnose eine gemischte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) sowie eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig remittierte Episode mit somatischem Syndrom unter kombinierter Behandlung (ICD-10 F33.11) auf. In früheren Berichten hat Dr. D.____ jedoch keine Persönlichkeitsstörung festgehalten. Zudem ist bezüglich den Ausführungen von Dr. D.____ anzufügen, dass Einschätzungen von behandelnden Ärzten mit Zurückhaltung zu würdigen sind (vgl. oben E. 5.3.3). Auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ ist demzufolge nicht abzustellen. Immerhin reichen aber die Ausführungen von Dr. D.____ zusammen mit dem Gutachten von Dr. E.____ Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen der RAD-Berichte hervorzurufen (vgl. oben E. 5.3.2), weshalb auch auf die diese nicht abgestellt werden kann.

7.3 Insgesamt ergibt sich, dass weder auf die RAD-Berichte, die im Übrigen ohne persönliche Untersuchung erstellt wurden, noch auf das Gutachten bzw. die Beurteilung von Dr. D.____ vom 7. April 2016 abgestellt werden kann. Angesichts der Diskrepanz zwischen dem Gutachten und dem Bericht von Dr. D.____ einerseits, welche von einer 50%igen Einschränkung für eine Verweistätigkeit ausgehen, und den RAD-Stellungnahmen andererseits, welche eine 100%ige Arbeitsfähigkeit postulieren, bleiben gegenüber beiden ärztlichen Auffassungen Zweifel und Unklarheiten bestehen. Unter diesen Umständen hätte die IV-Stelle, um von der gutachterlichen Einschätzung abweichen zu können, zumindest einen Ergänzungsbericht vom psychiatrischen Gutachter Dr. E.____ einholen oder aber eine neue psychiatrische Begutachtung anordnen müssen.

Mit ihrem Vorgehen verletzt die IV-Stelle den Untersuchungsgrundsatz, da sie den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Die Angelegenheit ist demzufolge an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die IV-Stelle wird ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben haben, um anschliessend neu über das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers zu befinden. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

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. 1^{bis} 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. Vorliegend 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 – vorbehaltlich 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 17. Oktober 2016 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9,13 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von 250 Franken zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 91.90. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'564.35 (9,13 Stunden à Fr. 250.- + Auslagen von Fr. 91.90 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen gutgeheissen, die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 13. Juli 2016 aufgehoben und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen sowie zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'564.35 (inklusive Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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