



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 28. Oktober 2021 (720 20 58 / 289)

Invalidenversicherung

IV-Rente; Würdigung des medizinischen Verwaltungsgutachtens; Probleme mit der elektronischen Signatur des Gutachtens

_____ Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

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

gegen

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

_____ Betreff IV-Rente

A. Der 1960 geborene A._____ meldete sich mit Gesuch vom 30. März 2012 aufgrund von unfallbedingten Schulter- und Kniebeschwerden bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Zur Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse gab die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten bei der PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen AG (PMEDA) in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie in Auftrag, welches am 21. Januar 2019 erstattet wurde. Nachdem die IV-Stelle das Vorbescheidverfahren

durchgeführt hatte, wurde A._____ mit Verfügung vom 19. Dezember 2019 gestützt auf das PMEDA-Gutachten eine befristete ganze Rente vom 1. Oktober 2017 bis 30. Juni 2018 sowie eine befristete halbe Rente vom 1. Juli 2018 bis 31. Juli 2018 zugesprochen.

B. Gegen diese Verfügung erhob A._____, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, mit Schreiben vom 3. Februar 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, die angefochtene Verfügung sei abzuändern und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auch für die Zeit nach dem 31. Juli 2018 eine Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen, mindestens aber eine Viertelsrente zu leisten. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zu seiner Arbeitsfähigkeit durchzuführen und danach erneut über seinen Rentenanspruch zu entscheiden. In seiner Beschwerdeschrift bringt der Beschwerdeführer unter anderem vor, das Gutachten der PMEDA sei nicht handschriftlich unterzeichnet worden, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne.

C. Mit Vernehmlassung vom 19. März 2020 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen.

D. Anlässlich der Urteilsberatung vom 30. Juli 2020 hat das Kantonsgericht den Fall ausgestellt und die Beschwerdegegnerin aufgefordert, das polydisziplinäre Gutachten der PMEDA vom 21. Januar 2019 von allen mitwirkenden Gutachtern eigenhändig unterzeichnet einzureichen sowie eine Erklärung der mitwirkenden Gutachter zu erwirken, aus welcher sich ergibt, ob die Konsensbeurteilung vom 21. Januar 2019 mündlich oder fernmündlich erfolgt sei und auf einer gemeinsamen Diskussion beruht habe, einzureichen.

E. Mit Schreiben vom 24. August 2020 übermittelte die IV-Stelle dem Kantonsgericht eine Stellungnahme der PMEDA vom 12. August 2020 mit einer CD-Rom, auf welcher das Gutachten mit elektronischer Signatur enthalten ist.

F. Mit Schreiben vom 25. September 2020 hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde und insbesondere an seiner Auffassung, das Gutachten sei formell mangelhaft, fest. Aus der mitgelieferten Pdf-Version des Gutachtens lasse sich nicht entnehmen, dass das Gutachten digital unterzeichnet worden sei, die Unterschriften seien weder ersichtlich noch könnten sie elektronisch nachvollzogen werden.

G. Anlässlich der zweiten Urteilsberatung vom 11. März 2021 hat das Kantonsgericht den Fall erneut ausgestellt. Es wurde festgehalten, aus den Verfahrensakten gehe nicht eindeutig hervor, ob die CD-Rom mit dem Gutachten der PMEDA dem Beschwerdeführer zugestellt worden sei. Andererseits werde beim Öffnen des Gutachtens von der CD-Rom aus am Bildschirm ein Fenster angezeigt, auf dem der Hinweis erscheine, dass mindestens eine Signatur Probleme aufweise. Werde das Signaturfenster geöffnet, erscheine eine Anzeige mit vier Signaturen. Werde eine dieser Signaturen angeklickt, erscheine der Vermerk "Signatur unbekannt". Dieser Vermerk erscheine bei allen vier Signaturen, wenn sie angeklickt würden. Weiter führte das Kantonsgericht aus, dass die Beschwerdegegnerin der gerichtlichen Aufforderung, das polydisziplinäre Gutachten der PMEDA von den Gutachtern eigenhändig unterzeichnet einzureichen, nicht

nachgekommen sei. Die von der IV-Stelle dafür angegebene Begründung, dafür sei eine Genehmigung durch das BSV nötig, sei nicht nachvollziehbar. Das Kantonsgericht forderte die Beschwerdegegnerin daher erneut auf, dem Gericht das von allen mitwirkenden Gutachtern eigenhändig unterzeichnete Gutachten einzureichen und zu erläutern, weshalb beim Öffnen von der CD-Rom die erwähnten Hinweise erscheinen würden.

H. Am 12. März 2021 bestätigte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf telefonische Anfrage des Kantonsgerichts, ein Exemplar der CD-Rom erhalten zu haben.

I. Mit Schreiben vom 29. April 2021 hat die Beschwerdegegnerin erklärt, dass sie zu den vom Gericht festgestellten Problemen bei den elektronischen Signaturen keine Angaben machen könne, da die IV-Stellen in ihren elektronischen Dossiers die von Gutachterstellen erzeugten Pdf-Dokumente nicht in einer Form speichern würden, welche die Nachverfolgung der mit dem Dokument verknüpften Unterschriften zulassen würde.

J. Mit Schreiben vom 28. Mai 2021 hat die IV-Stelle das von den vier beteiligten Gutachtern handschriftlich unterzeichnete Gutachten der PMEDA beim Kantonsgericht eingereicht.

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 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle dem Beschwerdeführer zu Recht lediglich eine vom 1. Oktober 2017 bis 30. Juni 2018 befristete ganze Rente sowie vom 1. Juli 2018 bis 31. Juli 2018 eine befristete halbe Rente zugesprochen hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Dezember 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2).

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 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 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 bemängelt wird.

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren 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 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.3.1 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5).

4.3.2 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 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5. Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden 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 294 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 294 E. 4c in fine).

6. Die IV-Stelle holte zur Abklärung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten ein polydisziplinäres Gutachten bei der PMEDA mit den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie ein. Das Gutachten datiert vom 21. Januar 2019.

6.1 Im internistischen Teilgutachten diagnostizierte PD Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, eine chronische Bronchitis bei Nikotin-Konsum (ca. 30 py), eine Magenoperation bei Ulcus ventriculi Perforation im Jahr 2006 sowie eine laparoskopische Cholezystektomie am 2. März 2017. In seiner medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung hielt er fest, es würden vorrangig orthopädische Beschwerden sowie Cephalgien genannt. Der hiesige klinische Befund habe keine namhafte internistische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Auch aktenkundig werde keine die Arbeitsfähigkeit mindernde internistische Erkrankung postuliert. Die Bronchitis wirke sich klinisch nicht namhaft aus, da der Versicherte keine erheblichen diesbezüglichen Beschwerden angebe und keine Therapie erfolge. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsfähig.

6.2 Der neurologische Gutachter Prof. Dr. med. C.____, Facharzt Neurologie, hielt fest, es bestehe kein ausreichender Anhalt für eine neurologische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aktdaten, Anamnese und hiesige Befunde sowie Zusatzuntersuchung würden keinen Anhalt für eine klinisch manifeste gesundheitliche Beeinträchtigung im neurologischen Fachgebiet ergeben. In der Untersuchung habe sich eine bewegungseingeschränkte Halswirbelsäule ohne neurologisches Korrelat gezeigt. Ein klinisch relevantes spinales Syndrom habe sich nicht erheben lassen. Zudem habe sich in der Untersuchung kein zentrales oder peripheres Korrelat für eine Schwindelerkrankung im neurologischen Fachgebiet finden lassen. Die vom Versicherten beschriebenen Kopfschmerzen würden am ehesten an einen Kopfschmerz vom Spannungstyp erinnern und würden keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Das selbständige Führen eines Haushaltes und Freizeitaktivitäten würden gegen eine relevante arbeitsfähigkeitseinschränkende Kopfschmerzerkrankung sprechen. Das durchgeführte MRI des Kopfes habe eine klinisch stumme subkortikale strukturelle Läsion ergeben. Eine strukturelle Läsion, die einen symptomatischen Kopfschmerz oder Schwindel begründen könnte, sei nicht zu erkennen gewesen. Das MRI der HWS sei ebenfalls ohne Befund mit klinisch-neurologischer Relevanz geblieben. Die vom Versicherten angegebenen intermittierenden Missempfindungen an den Fingern vier bis fünf der rechten Hand hätten kein Korrelat in der MRI-Untersuchung der HWS ergeben. Zudem habe sich in der klinischen Untersuchung auch kein Anhalt für ein Sulcus ulnaris-Syndrom oder ein anderweitiges Engpasssyndrom des Nervus ulnaris ergeben. Radikuläre Störungszeichen bei Bewegung der HWS hätten klinisch nicht vorgelegen.

6.3 Im orthopädischen Gutachten von Dr. med. D.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, wird unter Diagnosen folgendes angeführt:

- Myofaszielles Schmerzsyndrom der Halswirbelsäulenregion mit geringem muskulären Hartspann der halswirbelsäulenumgebenden Muskulatur

- Kein ausreichender Anhalt für eine von einer demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden ausreichend abgrenzbare strukturelle zervikale spinale Läsion mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit
- Impingement-Syndrom beider Schultergelenke mit Bewegungsstörung, rechts ausgeprägter als links
- Arthroskopische Schulteroperation rechts 02/2012 mit Naht einer Supraspinatussehnenläsion und Schulterdacherweiterung
- Arthroskopische Schulteroperation links 10/2017 mit Schulterdacherweiterung
- Beginnende Kniegelenkarthrose mit Chondrokalzinose der Menisken
- Arthroskopische Knieoperation rechts (8/2012) und links (2000).

In seiner Beurteilung führt Dr. D.____ aus, am 15. Dezember 2011 habe sich ein Treppensturz ereignet. Damals sei es zu einer Kontusionsverletzung der Wirbelsäule, des rechten Schultergelenks und des rechten Kniegelenks gekommen. Im weiteren prolongierten Behandlungsverlauf sei eine arthroskopische Schulteroperation rechts am 10. Februar 2012 sowie eine arthroskopische Knieoperation rechts am 17. August 2012 durchgeführt worden. Von der Suva sei ein Integritätsschaden von 10 % für die Unfallfolgen vom 15. Dezember 2011 gewährt worden. Seit 2014 habe der Versicherte als Taxichauffeur gearbeitet. Am 24. Januar 2016 habe sich erneut ein Unfallereignis ereignet mit Seitkollision und linksseitigem Kopfanprall. Nachfolgend sei eine umfangreiche Diagnostik durchgeführt worden ohne Nachweis eines unfallkausalen Strukturschadens im Bereich von Halswirbelsäule, Kopf und linker Schulter. Es habe eine prolongierte Behandlung mit Behandlungsschwerpunkt im Bereich der HWS stattgefunden mit neurologischen und neurochirurgischen Untersuchungen und Stellungnahmen sowie Behandlungen mit Krankengymnastik, Physiotherapie, Osteopathie, Injektionen und Infiltrationen einschliesslich einer CT-gestützten Nervenwurzelblockade C7 links am 5. Oktober 2016 und zwischenzeitlich auch eine arthroskopische Schulteroperation links am 24. Oktober 2017 mit Behandlungsabschluss am 24. April 2018. Im Rahmen der langwierigen Behandlung sei auch eine stationäre psychosomatische Behandlung in der Klinik F.____ vom 7. bis 25. März 2016 erfolgt. Es hätten mehrfach kreisärztliche Untersuchungen wegen der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit stattgefunden. Aktuell arbeite der Versicherte wieder als Taxichauffeur mit reduziertem Pensum. Zusammengefasst würden beim Versicherten orthopädischerseits Funktionsstörungen an der HWS, an beiden Schultergelenken, rechts ausgeprägter als links, und am rechten Kniegelenk bestehen, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten und zu qualitativen und quantitativen Leistungseinschränkungen führen würden. Eine Tätigkeit in der der Arbeit als Taxichauffeur vorangehenden Arbeit als Sales Agent sei dauerhaft nicht leidensgerecht, aufgrund der orthopädischen Gesundheitsstörungen an beiden Schultergelenken und im Bereich des rechten Kniegelenkes. Eine leidensangepasste Tätigkeit habe die Funktionseinschränkungen an beiden Schultergelenken und im Bereich der Kniegelenke zu berücksichtigen. Leidensgerecht sei eine leichte Arbeit im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Kein Heben und Tragen von Lasten grösser als zehn Kilogramm. Keine Arbeiten in Vorhalte oder über Kopf. Keine Tätigkeiten mit längeren Zwangshaltungen für die Schulter-Nacken-Region. Keine Tätigkeiten mit Hinknien und in die tiefe Hocke gehen. Die Tätigkeit als Taxichauffeur sei leidensgerecht. In der jetzigen Tätigkeit als Taxischauffeur oder vergleichbare Arbeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

6.4 Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. E.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, wurde kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Auf psychiatrischem Gebiet werde vom Versicherten lediglich eine leichte Minderung von Konzentration und Gedächtnis angegeben. Im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Untersuchungsbefund habe kein pathologischer Befund erhoben werden können. Die Achsenkriterien einer depressiven Erkrankung würden nicht vorliegen. Auch eine anderweitige psychiatrische Erkrankung sei nicht zu diagnostizieren. Insbesondere liege keine somatoforme Schmerzstörung vor: Ein den berichteten Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter psychischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten, eine ICD-10-konforme Diagnosestellung somit nicht möglich. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

6.5 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Status nach stattgehabten orthopädischen Eingriffen und die Kniegelenksarthrose rechts würden körperlich häufig schwere Arbeiten ungeeignet machen, die Tätigkeit als Taxifahrer impliziere jedoch eine überwiegend leichte Tätigkeit mit gelegentlichem Heben von Gepäckstücken, was mit dem hiesigen Befund durchaus vereinbar sei. Die Biographie sowie die weitere psychiatrische Exploration würden nicht für eine in Kindheit oder Jugend beginnende, psychische und das Sozialverhalten mit erheblichen negativen Folgen störende Auffälligkeit sprechen, die ICD-10 Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien mithin nicht erfüllt. Belastungsfaktoren mit funktioneller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit würden nicht vorliegen. Es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit und die hiesigen objektiven Befunde würden nicht erkennen lassen, warum die derzeit mit 50 % angegebene Tätigkeit als Taxichauffeur nicht auch zu 100 % ausgeübt werden könne.

7. Die IV-Stelle stütze sich für ihre Verfügung vom 19. Dezember 2019 vollumfänglich auf das am 21. Januar 2019 ergangene Gutachten der PMEDA und erachte den Beschwerdeführer folglich als zu 100 % arbeitsfähig sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer wie auch in einer angepassten Tätigkeit. Rückwirkend ging sie von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in den Phasen der Akutbehandlung aus. Gestützt auf die echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ging sie davon aus, dass der Beschwerdeführer vom 15. Dezember 2011 bis 10. Mai 2012 zu 100 %, vom 11. Mai 2012 bis 16. August 2012 zu 50 %, vom 17. August 2012 bis 18. Oktober 2012 zu 100 %, vom 19. Oktober 2012 bis 24. Januar 2016 zu 0 %, vom 25. Januar 2016 bis 25. März 2016 zu 100 %, vom 26. März 2016 bis 15. Februar 2017 zu 0 %, vom 16. Februar 2017 bis 31. März 2017 zu 100 %, vom 1. April 2017 bis 23. Oktober 2017 zu 0 %, vom 24. Oktober 2017 bis 5. März 2018 zu 100 %, vom 6. März 2018 bis 22. April 2018 zu 50 % und danach zu 0 % arbeitsunfähig war. Demzufolge sprach sie dem Beschwerdeführer vom 1. Oktober 2017 bis 30. Juni 2018 eine ganze Rente und vom 1. Juli 2018 bis 31. Juli 2018 eine halbe Rente zu.

7.1 Der Beschwerdeführer bringe vorweg in formeller Hinsicht vor, dass das Gutachten der PMEDA nicht handschriftlich unterzeichnet worden sei, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Mit dem Vorliegen des nun von allen vier Gutachtern handschriftlich unterzeichneten Gutachtens der PMEDA vom 21. Januar 2019 ist ein allfälliger formeller Mangel geheilt. Ergänzend ist auf die Ausführungen der PMEDA in ihrem Schreiben vom 12. August 2020 hinzuweisen, wonach die Konsensbesprechung fernmündlich erfolgt ist.

7.2.1 Zum Gutachten ist in inhaltlicher Hinsicht vorweg festzuhalten, dass sich in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit finden lassen, was vom Beschwerdeführer zu Recht auch nicht kritisiert wird. Der Beschwerdeführer bringt jedoch in Bezug auf das orthopädische Gutachten vor, er leide insbesondere unter verstärkten Schulter- und Kniebeschwerden und verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass bei einer MR-Arthrographie am 13. November 2019 ein progredienter Riss der Supraspinatussehne und eine AC-Gelenksarthrose festgestellt worden seien. Zudem sei am 7. Februar 2020 eine neue Schulteroperation angestanden. Ausserdem habe ein neues MRI des rechten Kniegelenks vom 7. Januar 2020 eine erhebliche Arthrose gezeigt, die ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge habe. Die zunehmende Meniskusverletzung scheine aber nicht die Hauptursache der erheblichen Beschwerden zu sein, sondern ein neu vorhandener Knorpeldefekt Grad III. Jedenfalls würden diese Beschwerden die Arbeitsfähigkeit ebenfalls einschränken; zudem seien sie im PMEDA-Gutachten nicht berücksichtigt worden, da die Gutachter davon ausgegangen seien, dass der Beschwerdeführer nicht mehr unter Kniebeschwerden leide. Die Schulter- und Kniebeschwerden würden nicht nur zu einer qualitativen, sondern auch zu einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Es müsse geprüft werden, inwiefern die eingetretene Verschlechterung zu einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führe.

7.2.2 Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) hat sich in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2020 sowohl mit der MR-Arthrographie der rechten Schulter vom 13. November 2019 als auch mit dem MRI des rechten Kniegelenks vom 7. Januar 2020 auseinandergesetzt. Er hat dabei ausgeführt, dass der Hauptbefund im Schultergelenk im Bereich der Rotatorenmanschette ein progredienter, nach intratendinös sich fortführender Riss der Supraspinatussehne posterior aktuell ca. 1,0 cm der interstitiellen Komponente bei unauffälliger Darstellung der übrigen Sehnen der Rotatorenmanschette sei. Der RAD folgert daraus, dass die leichte Zunahme des Sehnenrisses des M. supraspinatus von 0,5 auf 1,0 cm keine relevante Auswirkung auf den dazugehörigen Muskel habe, weshalb sich aus der Untersuchung vom 13. November 2019 kein neuer Befund ableiten lasse, der zu einer veränderten Leistungsbeurteilung im Vergleich zum PMEDA-Gutachten führen würde. Auch in zeitlicher Hinsicht lasse sich daraus keine Einschränkung ableiten lassen.

Zum MRI des Kniegelenks vom 7. Januar 2020 führt der RAD aus, dieses zeige einen zunehmenden horizontalen Riss am Hinterhorn mit zunehmenden radiären Einrissen und kleinen Lappen am Hinterhorn gegen die Wurzel. Dies lasse möglicherweise auf eine zunehmende Degeneration des Innenmeniskus schliessen. Ferner werde ein neuer, relativ umschriebener Grad III Knorpeldefekt anterior an der medialen Femurkondyle beschrieben. Im lateralen Kompartiment bestehe eine leichte Verkürzung vom Aussenmeniskuscorpus mit fraglich horizontalem Einriss, etwas zunehmende Ganglien an der vorderen Wurzel. Jedoch würden sich auch im lateralen Kompartiment keine substanziellen Knorpelschäden zeigen.

7.2.3 Die Ausführungen des RAD betreffend die beiden im Beschwerdeverfahren eingereichten Bildgebungsberichte sind nachvollziehbar. Es leuchtet durchaus ein, dass die leichte Zunahme des Sehnenrisses in der Supraspinatussehne keine relevante Auswirkung auf den Muskel gehabt hat. Ergänzend ist diesbezüglich auszuführen, dass der Beschwerdeführer keinen Bericht betreffend die angekündigte Schulteroperation vom 7. Februar 2020 eingereicht hat.

In Bezug auf das MRI des Kniegelenks vom 7. Januar 2020 ist die Auffassung des RAD, dass sich medial keine fortgeschrittene Gonarthrose und lateral keine substanziellen Knorpelschäden zeigen würden, nicht zu beanstanden. Die Schlussfolgerung des RAD, dass auch dieser Befund mit dem positiven Leistungsbild vereinbar sei und sich eine Einschränkung in zeitlicher Hinsicht daraus nicht ableiten lasse, ist nachvollziehbar und überzeugend. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass auch keine anderslautende medizinische Einschätzung vorliegt, welche Zweifel an der Beurteilung des RAD hervorrufen würde. Ausserdem datiert das MRI des Kniegelenks vom 7. Januar 2020 und beschreibt damit einen Zustand nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. Dezember 2019. Zu beurteilen ist jedoch der Sachverhalt wie er sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ereignet hat (vgl. oben E. 2).

7.3.1 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, Hauptproblem seines Gesundheitszustandes bleibe die HWS-Problematik. Er leide diesbezüglich nunmehr seit über 11 Jahren unter erheblichen Beschwerden im Nacken- und Schulterbereich, was die Gutachter nicht berücksichtigen würden. Es liege eine äusserst lange und konstante Leidensdauer vor und es sei schwierig nachzuvollziehen, wie die Gutachter die HWS-Problematik und die entsprechenden Beschwerden als unerheblich abtun würden, obwohl sie für den Beschwerdeführer lebensbestimmend seien. Die IV-Stelle habe das ihr genehme Resultat des Gutachtens unkritisch übernommen, obwohl die Gutachter seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit willkürlich beurteilt und den massiven Beschwerden keine Bedeutung beigemessen hätten. Die Beurteilung der Gutachter entspringe grösstenteils reinem Ermessen und sei der vorliegenden Gesamtsituation nicht angemessen.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers setzt sich das Gutachten auch mit der HWS-Problematik ausführlich auseinander. Es nimmt dabei auf die uneinheitlichen Bewertungen in den Berichten im Bereich der Halswirbelsäule Bezug, würdigt diese ausführlich und folgert letztlich in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung, dass die vorgebrachten Beschwerden nicht hinreichend objektiv schlüssig belegt werden könnten. Traumatypische spinale Läsionen oder traumatische Läsionen im kraniozervikalen Übergang seien nicht unstrittig belegt worden. Die behauptete Auffälligkeit der kraniosakralen Gelenkstrukturen sei schulmedizinisch strittig und epidemiologisch nicht evidenzbasiert belegt und insbesondere nicht von der allfälligen Häufigkeit asymmetrischer Gelenkbefunde in der Normalpopulation abgegrenzt worden. Auch fehle ein schlüssiger Kausalbeleg für reklamierte Beschwerden bei vermeintlichen HWS-Traumata ohne nachgewiesene erworbene strukturelle Läsionen. Die berichteten degenerativen spinalen Veränderungen würden schulmedizinisch als schwach mit objektiven spinalen Störungssyndromen korrelierend gelten, so dass für die Stellung einer klinisch relevanten und ausreichend begründeten Diagnose mit Behandlungskonsequenz stets ein objektives klinisches Befundkorrelat gefordert werde, welches angesichts der erhobenen klinischen Befunde nicht ausreichend gegeben sei. Die Bildbefunde seien folglich nicht eigenständig krankheitswertig und repräsentierten zumindest

gleichrangig wahrscheinlich einen alterstypischen Status. Das Gutachten diagnostiziert ein myofasziales Schmerzsyndrom der Halswirbelsäulenregion mit geringem muskulärem Hartspann der halswirbelsäulenumgebenden Muskulatur ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und legt dar, weshalb aufgrund von Anamnese, Aktendaten und orthopädischem Befund der eigenen Untersuchung keine von einer demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden ausreichend abgrenzbare strukturelle, zervikale spinale Läsion mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden kann. Damit kann keine Rede davon sein, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers willkürlich beurteilt worden sei und die Beurteilung grösstenteils reinem Ermessen entspringe. Die HWS-Beschwerden beschäftigen den Beschwerdeführer – wie er in der Beschwerde ausführt – schon seit der Zeit vor seinem ersten Unfall. Ausser dem Verweis auf seine lange Leidenszeit bringt er aber keine Aspekte und schon gar keine klinisch relevanten Befunde vor, die auch nur geringe Zweifel an den Schlussfolgerungen des PMEDA-Gutachtens wecken könnten. Daran vermögen auch die Hinweise nichts zu ändern, wonach er aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen auch seine Freizeit nicht mehr wie früher gestalten könne und dass er alle Therapieoptionen ausgeschöpft habe, ohne dass es zu einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen sei.

7.3.2 Der Beschwerdeführer bringt ausserdem vor, die vorbestandenen Schulter- und HWS-Beschwerden hätten nach dem im Jahr 2016 erlittenen Autounfall erheblich zugenommen. Ein Vergleichs-MRI vom 24. Februar 2016 zeige eine im Verlauf zunehmende, linksbetonte erosive Osteochondrose HWK6/7 mit möglicher Irritation der Wurzel C7 links.

Auch auf dieses Vorbringen wurde im PMEDA-Gutachten eingegangen. In der versicherungsmedizinischen Beurteilung wird die als Folge des Unfalls im Jahr 2016 (seitliche Kollision mit linksseitigem Kopfanprall) umfangreiche Diagnostik ohne Nachweis eines unfallkausalen Struktur Schadens im Bereich von Halswirbelsäule, Kopf und linker Schulter erwähnt. Das Gutachten würdigt sämtliche Behandlungen einschliesslich einer CT-gestützten Injektion an der Nervenwurzel C7 und die arthroskopische Schulteroperation links am 24. Oktober 2017 mit auch aus Sicht des Beschwerdeführers positivem Behandlungsabschluss im April 2018. Das orthopädische Teilgutachten setzt sich somit auch bezüglich der HWS-Problematik ausführlich mit den geklagten Beschwerden sowie den in den Akten vorhandenen, zahlreichen medizinischen Berichten auseinander. Diese Beschwerden sind denn auch Gegenstand der gutachterlichen Untersuchung gewesen und in das Gutachten eingeflossen. Allerdings konnte keine Diagnose gestellt werden, die die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen oder einer anderen angepassten Tätigkeit eingeschränkt hätte. Der orthopädische Gutachter hat denn diesbezüglich auch ausgeführt, es bestehe kein ausreichender Anhalt für eine von einer demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden ausreichend abgrenzbare strukturelle zervikale spinale Läsion mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

7.3.3 Zu guter Letzt macht der Beschwerdeführer geltend, die PMEDA-Beurteilung überzeuge auch deshalb nicht, weil der RAD selbst Zweifel am Gutachten vorbringe, indem er für die Vergangenheit eine vom Gutachten abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen habe.

Der RAD gelangt bezüglich Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zum gleichen Schluss wie das polydisziplinäre Gutachten der PMEDA, nämlich dass auch rückwirkend grundsätzlich von einer vollen Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer wie auch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist. Der orthopädische PMEDA-Gutachter hat in Bezug auf den Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit angegeben, die Leistungseinschätzung – also die 100%ige Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer und in angepasster Tätigkeit – bestehe aus seiner Sicht – unterbrochen von Phasen der Akutbehandlungen – seit jeher. Der RAD hat lediglich die Phasen der Akutbehandlung anhand der echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse rückwirkend berücksichtigt und gelangte so zu einer temporären Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aus welcher sich die zugesprochene ganze Rente vom 1. Oktober 2017 bis 30. Juni 2018 und die halbe Rente vom 1. Juli bis 31. Juli 2018 ergab. Es kann also keine Rede davon sein, dass der RAD die Arbeitsfähigkeit abweichend vom PMEDA-Gutachten beurteilt habe.

7.4 Das Gutachten der PMEDA erfüllt die formellen sowie materiellen bundesgerichtlichen Voraussetzungen: Der Beschwerdeführer wurde eingehend untersucht. Die in den Akten liegenden medizinischen Unterlagen wurden berücksichtigt und die geklagten Beschwerden wurden einlässlich in den einzelnen Teilgutachten erörtert. Es wurde ein umfassendes Bild des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers wiedergegeben. Mithin leuchtet das Gutachten in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie Situation ein und enthält schliesslich begründete Schlussfolgerungen. Einzig die seitenlangen Wiederholungen in den Teilgutachten stören den Lesefluss und die Übersichtlichkeit. Sie vermögen den Beweiswert des Gutachtens aber nicht zu entkräften. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3.2 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche sind vorliegend nicht ersichtlich. Auf das Gutachten kann folglich abgestellt werden und es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer oder in einer anderen angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Retrospektiv ist die Arbeitsfähigkeit für die Phasen der Akutbehandlung anhand der echtzeitlichen Arztberichte zu beurteilen.

8. Der Beschwerdeführer beantragte die Ausrichtung einer Rente über den 31. Juli 2018 hinaus. Zu Recht unbestritten geblieben sind die vor dem 1. August 2018 zugesprochenen Leistungen (ganze Rente von Oktober 2017 bis Juni 2018 und eine halbe Rente im Juli 2018), welche gestützt auf die echtzeitlichen Arztzeugnisse korrekt festgelegt wurden. Darauf ist folglich nicht weiter einzugehen ist.

9. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz zu Recht auf das Gutachten der PMEDA vom 21. Januar 2019 abgestellt und dem Beschwerdeführer gestützt auf die echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vom 1. Oktober 2017 bis 30. Juni 2018 eine ganze und vom 1. Juli 2018 bis 31. Juli 2018 eine halbe Rente zugesprochen hat. Demzufolge ist die vorliegende Beschwerde abzuweisen.

10. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 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.-- - Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Dem Prozessausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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