



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 31. Oktober 2019 (720 19 256 / 275)

Invalidenversicherung

Voller Beweiswert eines verwaltungsexternen Gutachtens im Zusammenhang mit einer erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug.

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer

gegen

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

_____ Betreff IV-Rente

A. Der 1969 geborene A._____ war ursprünglich als Hilfsarbeiter tätig. Nach einer ersten Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) erfolgte im März 1998 eine Umschulung zum Wirt, die im August 2000 mit dem Erwerb eines Wirtepatents erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Der Versicherte war in dieser Eigenschaft allerdings nur kurz tätig, bis er unter Hinweis auf Rückenprobleme am 2. November 2000 ein erneutes Leis-

tungsgesuch bei der IV stellte. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse verfügte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) am 8. Februar 2002 die Abweisung seines Leistungsbegehrens. Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Basel-Landschaft vom 16. Oktober 2002 (seit 1. Januar 2004: Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht [Kantonsgericht] abgewiesen.

B. Am 21. Juli 2015 stellte der Versicherte ein neues Leistungsbegehren, auf welches die IV-Stelle mangels wesentlich veränderter Verhältnisse am 4. Mai 2016 nicht eintrat. Die entsprechende Verfügung erwuchs in Rechtskraft. Mit Gesuch vom 22. Mai 2017 wandte sich der Versicherte erneut an die IV-Stelle. Insbesondere unter Hinweis auf seine vorbestehenden Rückenprobleme und die Folgen einer Beckenarterienoperation beantragte er wiederum Leistungen der IV. Nach Durchführung der medizinischen und erwerblichen Abklärungen, namentlich nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der MEDAS Zentralschweiz (MEDAS) vom 8. Februar 2019, wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 2. Juli 2019 mit der Begründung ab, dass keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei. Dem Versicherten sei sowohl die Tätigkeit als Wirt als auch jede leichte bis mittelschwere Verweistätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung zumutbar.

C. Hiergegen erhob der Versicherte am 13. August 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht. In seiner innert angesetzter Nachfrist verbesserten Beschwerdeeingabe vom 2. September 2019 beantragte er sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, und es seien ihm Leistungen der IV zuzusprechen.

D. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 9. September 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 12. September 2019 wurde dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und auf die Erhebung eines Kostenvorschusses verzichtet. Mit einer weiteren verfahrensleitenden Verfügung vom 16. September 2019 wurde der Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

F. Am 20. September 2019 reichte der Beschwerdeführer einen kardiologischen Bericht vom 10. September 2019 und am 15. Oktober 2019 einen Bericht seines Hausarztes Dr. B. ____ vom 26. September 2019 ein.

Auf die Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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 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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf IV-Leistungen. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 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 wiederherstellen, 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 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).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

2.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage

erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b). Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und sind die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen.

3.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.2 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).

3.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten 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).

3.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen 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). 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). Schliesslich lässt es die Natur des Begutachtungsauftrags eines amtlich bestellten fachmedizinischen Experten nicht zu (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b), ein Administrativgutachten nur deshalb in Frage zu stellen oder zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn andere 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 I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Einschätzung der gesundheitlichen Verhältnisse des Versicherten auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre Verwaltungsgutachten der MEDAS vom 8. Februar 2019. Darin erhoben die Ärzte in interdisziplinärer Sicht unter anderem ein chronifiziertes lumbosakrales, vertebrales und spondylogenes Schmerzsyndrom sowie ein chronifiziertes zervikospondylogenes und vertebrales Schmerzsyndrom links. Die funktionellen Auswirkungen dieser Diagnosen und der erhobenen Befunde in Form degenerativer Veränderungen an der Hals- (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) würden im Vergleich zu den Einschätzungen der Vorgutachten zu einer unveränderten Einschränkung hinsichtlich körperlich schwerer Tätigkeiten führen. Jegliche leichte bis mittelschwere Verweistätigkeiten in wechselnden Körperpositionen seien dem Versicherten jedoch ohne Leistungseinschränkung zumutbar. Auch in seiner bisherigen Tätigkeit als Wirt sei der Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig, sofern keine besonders den Nacken oder den Rücken belastende Arbeitspositionen eingenommen würden. Auch wenn das auffällige Schmerzverhalten des Versicherten auf eine wesentliche nicht somatische Ursache hinweise, seien für die Einschränkung hinsichtlich der Belastbarkeit der Wirbelsäule einzig die rheumatologischen Diagnosen massgebend. Aus den angiologischen und psychiatrischen Explorationen würden keine Einschränkungen resultieren. Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit geht aus diesem Gutachten weiter hervor, dass zwischen den Jahren 2002 und 2012 eine Aktenlücke bestehe. Eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands gegenüber insbesondere den orthopädischen Gutachten aus den Jahren 1998 und 2001 sei aber nicht festzustellen. Im zeitlichen Verlauf sei es zwar zu einer Progredienz der degenerativen Veränderungen an der HWS und an der LWS gekommen. Diese Progredienz würde an den

Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu den früheren orthopädischen Beurteilungen jedoch nichts ändern. Im Zusammenhang mit der somatischen Exploration wird im Gutachten der MEDAS weiter ausgeführt, dass der Versicherte ein groteskes, übertrieben anmutendes Schmerzverhalten gezeigt habe, welches die Untersuchung eingeschränkt und teils auch die Beurteilung von Funktionsbeeinträchtigungen verunmöglicht habe. Insbesondere die klinische Beurteilung einer allfälligen Instabilität im Bereich des Achsenorgans sei durch das Schmerzverhalten des Versicherten unmöglich gewesen. Es hätten sich jedoch keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik ergeben. Eine Untersuchung der LWS, der Hüft- sowie der Beckenregion sei aufgrund des Schmerzverhaltens ebenfalls nicht durchführbar gewesen. Ob ein aggravatorisches oder simulatorisches Verhalten vorliege, könne jedoch angesichts der kurzen Untersuchung nicht verlässlich beurteilt werden. Aus dem psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS ergibt sich, dass die geschilderten Zukunftssorgen eine gesunde Reaktion auf die Lebensbedingungen sowie auf die Perspektive in somatischer Hinsicht darstellten. Wahrscheinlich habe der Versicherte seelische Krisen durchgemacht, welche vorübergehend das Ausmass einer Depression erreicht hätten. Aktuell könne aber keine psychiatrische Diagnose von Relevanz erhoben werden. Schliesslich geht aus dem angiologischen Teilgutachten der MEDAS hervor, dass sich zurzeit keine symptomatische periphere arterielle Verschlusskrankheit an den Beinen nachweisen lasse. Nach einem Status nach Angioplastie der iliacaalen Achse im Januar 2017 sei keine relevante Rezidiv- oder Reststenose mehr eruierbar. Die unregelmässig auftretenden anstrengungsabhängigen Schmerzen sowie die nächtlichen Schmerzen am linken Oberschenkel würden sich daher nicht vaskulär erklären lassen. Die Angioplastie im Januar 2017 sei erfolgreich gewesen. Seither bestehe keine Gesäss-, Waden- und Oberschenkel-Claudicatio nach bereits kurzen Strecken mehr. Therapeutisch würden sich keine neuen Aspekte ergeben. Der Patient gehe unter anderem täglich fünf Kilometer laufen. Die Prognose bezüglich der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit sei jedoch ungewiss. Es sei durchaus möglich, dass zu einem späteren Zeitpunkt erneut interventionelle oder gar gefässchirurgische Massnahmen notwendig würden. Aus angiologischer Sicht bestünden aktuell keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Dok 132).

4.2.1 An weiteren relevanten Berichten liegt zunächst der Arztbericht von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. Juli 2017 in den Akten. Daraus geht die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom hervor. Der Versicherte werde seit dem 12. Juni 2017 behandelt. Die letzte Kontrolle sei am 10. Juli 2017 erfolgt. Die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien leicht gestört gewesen. Festsustellen gewesen seien ein Gedankenkreisen und Existenzängste. Der Affekt sei deprimiert, der Antrieb vermindert gewesen. Die Prognose sei eher ungünstig und wesentlich von der sozialen Unsicherheit und den somatischen Erkrankungen abhängig. Es erfolge eine monatliche Therapie und eine medikamentöse Behandlung. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Ausserdem gelte ab sofort eine nur hälftige Arbeitsfähigkeit auch für angepasste Verweistätigkeiten in einem ruhigen und reizarmen Umfeld (IV-Dok 95).

4.2.2 Mit Bericht vom 28. Juli 2017 attestierte der Hausarzt Dr. med. D.____, FMH Allgemeinmedizin, eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit November 2016. Als Diagnosen erhob er chronische Rückenschmerzen in Form einer lumbosakralen Chondrose und in Form von Rissen der

Anulus fibrosus an der lumbosakralen Bandscheibe dorsolateral rechts mit Diskusprotusion sowie der Bandscheibe LWK 4/5 rechts, eine PAVK der unteren Extremität links Stadium IIb, ein depressives Zustandsbild mit somatischem Syndrom, einen Status nach Inguinalhernien-Operation, einen chronischen Nikotinabusus sowie eine Hyperlipidämie. Der Versicherte sei für eine stationäre Komplexbehandlung angemeldet worden (IV-Dok 96).

4.2.3 Auf Nachfrage teilte Dr. C.____ am 23. Januar 2018 der IV-Stelle mit, dass der Versicherte die Psychotherapie abgebrochen habe. Seit seinem letzten Bericht vom 27. Juli 2017 habe er den Patienten nicht mehr gesehen (IV-Dok 101).

4.2.4 Aus dem Bericht des Spitals E.____ vom 9. Februar 2018 geht hervor, dass sich in Bezug auf das Zervikalsyndrom klinisch kein sicherer Hinweis auf ein zervikoradikuläres Ausfallsyndrom habe finden lassen. Elektrophysiologisch sei ebenfalls kein Hinweis auf eine Radikulopathie im Bereich C5-8 festgestellt worden. Eine Neuraltherapie habe der Versicherte nach zweimaliger Behandlung abgebrochen. In Bezug auf das chronische lumbovertebrale und lumbospondylogene Schmerzsyndrom habe sich eine mögliche faszettäre Genese mit radiologisch nachweisbaren Gelenksergüssen gezeigt. Eine Infiltration der Facettengelenke habe leider zu keiner wesentlichen Besserung geführt. Der Patient wünsche aktuell deshalb nur physiotherapeutische Massnahmen (IV-Dok 106).

4.2.5 Gemäss Bericht vom 9. April 2018 habe der Hausarzt Dr. D.____ seinen Patienten letztmals am 2. November 2017 gesehen, weshalb er sich nicht zur Arbeitsfähigkeit äussern könne. Er habe es gegenüber dem Versicherten abgelehnt ein Zeugnis auszustellen, dies müsse durch das Spital E.____ und durch den behandelnden Psychiater erfolgen. Es werde eine interdisziplinäre Begutachtung empfohlen (IV-Dok 110).

4.2.6 Gemäss Kurzbericht des Spitals E.____ vom 11. Mai 2018 habe die medikamentöse Wirkung leider nachgelassen, so dass die Behandlung gewechselt worden sei. Auch das Neurotin habe abgesetzt werden müssen, ebenso seien die Neuroleptika nicht toleriert worden. Auf die angesprochene Infiltration der zervikalen Nervenwurzeln habe der Patient ebenfalls ablehnend reagiert. Vorerst seien keine weiteren Behandlungsschritte mehr geplant (IV-Dok 112).

4.2.7 Mit Schreiben vom 1. November 2018 leitete der Hausarzt Dr. D.____ der IV-Stelle weitere Arztberichte weiter. Dabei handelt es sich einerseits um einen Austrittsbericht der Notfallstation des Spitals F.____ über eine am 18. Juli 2018 erfolgte Konsultation und Behandlung wegen starker Kopfschmerzen und andererseits um einen Bericht vom 30. Juli 2018 betreffend zwei Konsultationen im Zusammenhang mit einer unauffälligen Prostatauntersuchung (IV-Dok 126).

4.2.8 Am 17. Januar 2019 berichtete der Hausarzt über eine neurologische Untersuchung durch Dr. med. G.____, FMH Neurologie, vom 16. Januar 2019. Demnach hätten sich keine Hinweise auf eine neurogene Läsion oder auf ein Thoric-Outlet-Syndrom ergeben. Im Bereich der unteren Extremitäten hätten sich ebenfalls keine neurologischen Ausfälle feststellen lassen (IV-Dok 130).

4.2.9 Gemäss MRT-Bericht der H. _____ vom 30. Juli 2019 sei bildgebend eine diskrete Chondrose der thorakalen Bandscheiben im mittleren Drittel mit flachen, subligamentären Protrusionen ohne relevante Diskushernie zu erheben gewesen. Eine thorakale Wurzelkompression bestehe nicht. Auf Höhe LKW 4/5 bestehe eine Chondrose mit intraforaminalem Einriss des Anulus fibrosus rechts mit Protrusion, jedoch ohne Wurzelkontakt. Weiter sei eine Osteochondrose LKW 5 / SWK 1 mit posterolateral rechts gelegener Diskushernie und Verlagerung oder Kompression der Wurzel S1 rechts zu erheben. Die Spondylarthrose LKLW4/5 und LWK 5 / SWK 1 zeige allerdings keine ossäre Einengung der Neuroforamina oder des Recessus. Das Iliosakralgelenk sei unauffällig. Anhaltspunkte für eine entzündliche Spondylarthropathie bestünden keine (IV-Dok 148).

4.2.10 Schliesslich hat der Beschwerdeführer lite pendente einerseits einen Bericht der Kardiologie des Spitals J. _____ vom 10. September 2019 eingereicht. Dieser Bericht nennt eine «neu diagnostizierte koronare 3-Gefäss-Erkrankung» und berichtet über eine am 9. September 2018 erfolgte Stentimplantation mit gutem Ergebnis. Andererseits hat der Beschwerdeführer dem Gericht am 15. Oktober 2019 einen Bericht seines neuen Hausarztes Dr. B. _____ vom 26. September 2019 eingereicht. Daraus geht hervor, dass am 26. August 2019 ein Koronar-CT sowie eine Koronarangiographie durchgeführt worden sei. Der Patient befinde sich aktuell im Rehabilitationsprogramm «KARAMBA». Für die Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit seien noch weitere Untersuchungen abzuwarten.

5. Der Beschwerdeführer vertritt die Auffassung, dass er gestützt auf die Bestätigung seiner Hausärzte seit Mitte Dezember 2016 vollständig arbeitsunfähig sei. Er verweist dabei in seiner verbesserten Beschwerdebegründung vom 2. September 2019 auf hinlänglich bekannte Beschwerden am Rücken, auf Gelenkbeschwerden und auf die im Jahr 2017 durchgeführte Operation im Zusammenhang mit einer Arteriosklerose am linken Bein. Insbesondere seine Rückenschmerzen seien weiterhin gleich stark vorhanden. Seit 2017 sei er bei Dr. D. _____ und nunmehr auch bei Dr. B. _____ in Behandlung. Anlässlich der Behandlung durch Dr. B. _____ sei insbesondere seit dem 24. Juli 2019 nunmehr auch eine kardiale Einschränkung festgestellt worden, die eine Ausdehnung an drei Herzarterien mit sich gebracht habe.

5.1 Was zunächst die erst im laufenden Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte des Spitals J. _____ vom 10. September 2019 und von Dr. B. _____ vom 26. September 2019 betrifft (oben, Erwägung 4.2.10), ist dem Beschwerdeführer zwar beizupflichten, dass ein neuer kardialer Befund festgestellt worden ist. Die in diesen Berichten aufgeführten Diagnosen und Untersuchungen sind indessen erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2019 ergangen. Wie der Beschwerdeführer ausserdem selbst ausführt, hat er sich erst im Juli 2019 und damit nach Verfügungserlass in die Behandlung von Dr. B. _____ begeben. Wie eingangs erwähnt (oben, Erwägung 2), ist vorliegend jedoch nur jener Sachverhalt massgebend, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2019 entwickelt hat. Eine allfällige Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse, wie sie aus den beiden lite pendente eingereichten Berichten des Spitals J. _____ und von Dr. B. _____ hervorgehen, kann im vorliegenden Verfahren deshalb nicht mehr berücksichtigt werden.

5.2 Der Beschwerdeführer bringt sodann vor, dass sich sein Gesundheitszustand im Jahre 2016 wieder sehr stark verschlechtert habe. Unter anderem habe Dr. B.____ seit dem 14. Dezember 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Diese Aussage erweist sich insofern als unzutreffend, als er im Zusammenhang mit seinen – im vorliegenden Verfahren nicht mehr zu berücksichtigenden (soeben oben, Erwägung 5.1) – kardialen Beschwerden in seiner Beschwerde zugleich vorgebracht hat, dass er sich erst seit dem 24. Juli 2019 bei Dr. B.____ in Behandlung befinde (oben, Erwägung 5.1). Ausserdem geht aus dem Arztbericht von Dr. B.____ vom 26. September 2019 lediglich hervor, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorerst noch weitere Untersuchungen abgewartet werden müssten. Jedenfalls ist festzustellen, dass sich in den Akten kein Zeugnis von Dr. B.____ befindet, wonach dem Versicherten eine konkrete Arbeitsunfähigkeit attestiert worden wäre. Wenn der Beschwerdeführer ausserdem ausführt, dass seine Rückenschmerzen weiterhin gleich stark vorhanden seien, geht er vielmehr offenbar selbst davon aus, dass sich seine gesundheitlichen Verhältnisse seit der letzten Leistungsablehnung in diesem Zusammenhang nicht verändert haben. Diese Auffassung deckt sich denn auch mit den Ergebnissen im MEDAS-Gutachten vom 8. Februar 2019, wonach im Vergleich zu den Vorbegutachtungen in den Jahren 1998 und 2001 keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten festgestellt werden konnte. Dieses MEDAS-Gutachten erfüllt alle rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Verwaltungsgutachten. Wie oben ausgeführt (Erwägung 3.4), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Zentralschweiz ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend. Es beruht auf allseitigen und aktuellen Untersuchungen, berücksichtigt alle geklagten Beschwerden des Versicherten und ist in Kenntnis der im Zeitpunkt der Exploration bekannten, relevanten Vorakten abgegeben worden. Die Teilgutachten basieren ausserdem alle auf einer sorgfältigen Anamnese. Insbesondere die rheumatologische Teilbegutachtung durch die MEDAS Zentralschweiz ist überaus differenziert erfolgt und schlüssig begründet, indem der rheumatologische Gutachter bei teils erschwerter bis unmöglicher klinischer Untersuchung für seine Schlussfolgerungen ergänzend die erhobenen Laborergebnisse und Bildgebungen herangezogen hat. Der Umstand alleine, dass die Gutachter keine fremdanamnestischen Angaben eingeholt haben (MEDAS-Gutachten, S. 18, ad Ziffer 5), vermag ihre überzeugenden Schlussfolgerungen in diesem Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Eine Fremdanamnese mag zwar wünschenswert sein, ist jedoch nicht zwingend erforderlich (Urteil 8C_847/2013 vom 14. Februar 2014, E. 5.1.2). Besondere Gründe, weshalb im vorliegenden Fall fremdanamnestische Auskünfte einzuholen gewesen wären, werden weder geltend gemacht, noch sind solche Umstände aufgrund der Akten ersichtlich. So stand den MEDAS-Gutachtern die vollständige Aktenlage zur Verfügung. Erweiterte Informationen über die Persönlichkeit und das Verhalten des Versicherten insbesondere im Rahmen seiner beruflichen Reintegration als Wirt durften unter diesen Umständen deshalb unterbleiben, ohne dass das Gutachten der MEDAS nunmehr als unvollständig oder gar untauglich zu betrachten wäre (Urteil 8C_808/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.3.3). Die Beurteilungen in den beiden Teilgutachten

sind sodann nachvollziehbar hergeleitet und leuchten damit auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. in der Beurteilung der medizinischen Gesamtsituation ein.

5.3 Wenn der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde auf die übrigen Arztberichte seiner behandelnden Ärzte verweist und damit sinngemäss die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens in Frage stellt, kann ihm nicht gefolgt werden. Was zunächst die orthopädischen Verhältnisse betrifft, hat das zuletzt im Juli 2019 erstellte MRT keine Befunde ergeben, die der Einschätzung im MEDAS-Gutachten entgegenstehen würden. Weder konnten eine ossäre Einengung noch Anhaltspunkte für eine entzündliche Spondylarthropathie erhoben werden. Auch am Iliosakralgelenk zeigten sich unauffällige Befunde (oben, Erwägung 4.2.9). Schon anfangs des Jahres 2019 hatten sich weder Hinweise auf eine neurogene Läsion oder ein Thoracic-Outlet-Syndrom finden lassen. Auch an den unteren Extremitäten konnten keine neurologischen Ausfälle festgestellt werden (oben, Erwägung 4.2.7). Alle diese negativen Befunde decken sich mit den klinischen Untersuchungsergebnissen der MEDAS, wonach keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik erhoben werden konnten (oben, Erwägung 4.1). Sie stimmen aber auch mit den orthopädischen Untersuchungsergebnissen im Oktober 1998 überein. Bereits dazumal hatte der begutachtende Orthopäde eine Einschränkung einzig für Schwerstarbeiten festgehalten (IV-Dok 41, S. 11). Die degenerativen Veränderungen an der HWS und der LWS des Versicherten sind seither zwar vorangeschritten. Angesichts der aktuell übereinstimmend festgestellten Untersuchungsergebnisse hat diese Progredienz im Vergleich zu den früheren orthopädischen Untersuchungen jedoch nichts an der bisherigen Arbeitsfähigkeit des Versicherten geändert. Damit ist es nachvollziehbar, dass die MEDAS-Gutachter dem Versicherten in einer leichten bis maximal mittelschweren Verweistätigkeit weiterhin eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestieren und davon ausgehen, dass er auch als Wirt uneingeschränkt arbeitsfähig ist, solange keine besonders den Nacken oder den Rücken belastende Arbeitspositionen eingenommen werden. An dieser Schlussfolgerung vermag auch die hausärztliche Einschätzung von Dr. D.____ nichts zu ändern, der dem Versicherten in seinem Bericht Ende Juli 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte. Dessen Einschätzung erfolgte zeitlich noch vor den orthopädischen Abklärungen durch das Spital E.____, welche – zeitgleich und in Übereinstimmung mit den Untersuchungsergebnissen der MEDAS – zum Ausschluss einer neurogenen Komponente geführt hatten. Unbesehen davon kann der Verweis des Beschwerdeführers auf diese veraltete hausärztliche Einschätzung vom 28. Juli 2017 alleine schon deshalb nicht überzeugen, weil Dr. D.____ den Versicherten letztmals anfangs November 2017 gesehen und in seinem Bericht vom 9. April 2018 für die Bemessung einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit ausserdem explizit auf die behandelnden Fachärzte verwiesen hat. Die hausärztliche Einschätzung rechtfertigt unter diesen Umständen kein Abweichen von den Ergebnissen, zu welchen die MEDAS gelangt ist. Eine diskrepante Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten liegt jedenfalls nicht vor.

5.4 Der Beschwerdeführer verweist im Zusammenhang mit seinen angiologischen Beschwerden sodann auf einen operativen Eingriff am linken Bein. Diese Operation war den Gutachtern der MEDAS hinlänglich bekannt und ist von ihnen einlässlich gewürdigt worden. Abgesehen davon, dass der Beschwerdeführer nicht behauptet hat, dass aus rein angiologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit resultieren würde, geht aus dem MEDAS-Gutachten hervor, dass seit der im Januar 2017 durchgeführten Angioplastie keine relevante Rezidiv- oder Reststenose mehr

eruiert werden konnte. Nach guten postoperativen Ergebnissen liegt mithin keine symptomatisch periphere arterielle Verschlusskrankheit mehr vor. Zumal der Versicherte offensichtlich auch in der Lage ist, täglich fünf Kilometer laufen zu gehen, kann mit Blick sowohl auf seine Tätigkeit als Wirt als auch auf eine wechselseitige Verweistätigkeit deshalb keine Arbeitsunfähigkeit resultieren. Die entsprechenden Schlussfolgerungen der MEDAS sind deshalb schlüssig.

5.5 In Bezug auf die psychiatrischen Verhältnisse ist dem Bericht von Dr. C.____ vom 27. Juli 2017 zu entnehmen, dass der Versicherte in seiner Tätigkeit als Wirt nur noch zu 50% arbeitsfähig sei. Das gleiche gelte auch für angepasste Verweistätigkeiten in einem reizarmen und ruhigen Umfeld (oben, Erwägung 4.2.1). Dieser mittlerweile veralteten Einschätzung ist allerdings entgegenzuhalten, dass sich der Versicherte seit dem 12. Juni 2017 gerade nur einen knappen Monat in Behandlung bei Dr. C.____ befunden hat. Hintergrund bildet der Umstand, dass die letzte Konsultation bei Dr. C.____ am 10. Juli 2017 erfolgt ist. Mit Blick auf die Feststellung von Dr. C.____, wonach die Behandlung monatlich erfolge, ist letztlich davon auszugehen, dass nicht mehr als zwei Konsultationen stattgefunden haben können. Seither hat der Versicherten den Akten zufolge ausserdem keine psychotherapeutische Therapie mehr in Anspruch genommen (IV-Dok 95 und 101). Vor diesem Hintergrund kann der Einschätzung von Dr. C.____ keine wesentliche Bedeutung zukommen. Der psychiatrischen Beurteilung im Gutachten der MEDAS steht auch sie unter diesen Umständen jedenfalls nicht entgegen.

5.6 Zusammenfassend liegen keine Gründe vor, von den nachvollziehbar und schlüssig dargelegten Ergebnissen abzuweichen, zu welchen die Gutachter der MEDAS gelangt sind. Es ist demnach davon auszugehen, dass der Versicherte im Vergleich zu den Einschätzungen der Vorgutachter, wie sie anlässlich der Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse letztmals vor Erlass der Verfügung der IV-Stelle vom 8. Februar 2002 ergangen sind, zwar einer körperlich schweren Tätigkeit weiterhin nicht mehr nachzugehen in der Lage ist. In der Tätigkeit als Wirt oder in einer leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit war er jedoch mindestens bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung der IV-Stelle vom 2. Juli 2019 unverändert und vollständig arbeitsfähig. Damit fehlt es an einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit im Umfang von mindestens 40%, wie sie gemäss Art. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG für einen Rentenanspruch aber vorausgesetzt wäre. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis abzuweisen.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihm ist allerdings mit Verfügung vom 14. Februar 2019 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- vorerst zu Lasten der Gerichtskasse gehen.

6.2 Der Beschwerdeführer wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Eine Parteienschädigung ist keine auszurichten.

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.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.