



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

vom 25. Juli 2019 (720 18 368 / 178)

---

**Invalidenversicherung**

**Würdigung des medizinischen Sachverhalts: Auf das verwaltungsexterne Gutachten kann abgestellt werden**

\_\_\_\_\_ Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Margit Campell

\_\_\_\_\_ Parteien A.\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

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

\_\_\_\_\_ Betreff IV-Rente

A.1 Der 1961 geborene A.\_\_\_\_\_ arbeitete zuletzt bis 31. Dezember 2009 als Monteur bei der B.\_\_\_\_\_ AG. Am 17. März 2010 meldete er sich unter Hinweis auf Durchblutungsstörungen in den Händen und Füssen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Weil nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse eine volle Arbeitsfähigkeit vorlag, schloss die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) das Verfahren mit Verfügung vom 2. Juni 2010 rechtskräftig ab.

A.2 Am 28. Januar 2016 ging bei der IV-Stelle erneut ein Leistungsgesuch des Versicherten ein. Er machte geltend, an Durchblutungsstörungen in den Händen und Füssen sowie unter versteiften Zehen zu leiden, weshalb er um Ausrichtung einer Rente ersuchte. Die IV-Stelle klärte in der Folge den rechtserheblichen Sachverhalt ab und lehnte das Leistungsgesuch von A.\_\_\_\_\_ - nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren - mit Verfügung vom 2. November 2018 erneut ab.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 8. November 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung einer Rente. Unter Hinweis auf seinen Gesundheitszustand machte er im Wesentlichen geltend, es sei ihm entgegen der Auffassung der IV-Stelle nicht mehr möglich, einer Arbeit nachzugehen bzw. eine solche überhaupt zu finden.

C. Am 11. Januar 2019 liess sich die IV-Stelle vernehmen und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

D. Am 19. April 2019 reichte der Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, seine Replik ein. Er beantragte, die angefochtene Verfügung vom 2. November 2018 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, den medizinischen Sachverhalt mittels eines polydisziplinären Gutachtens abzuklären. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung wurde sinngemäss geltend gemacht, dass sich der angefochtene Entscheid auf unzureichende medizinische Unterlagen stütze. Insbesondere sei das von der IV-Stelle bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, eingeholte rheumatologische Gutachten vom 24. Mai 2017 veraltet und ohne Beweiswert.

E. In ihrer Duplik vom 21. Mai 2019 schloss die Beschwerdegegnerin erneut auf Abweisung der Beschwerde.

#### Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde vom 8. November 2018 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. November

2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.3 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).

4.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person 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 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 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

4.3 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG).

5.1 Ausgangspunkt der Ermittlung der Invalidität bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands 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 Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.3 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 (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

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

6. Zur Beurteilung des vorliegenden Falls stellte die IV-Stelle in erster Linie auf das von ihr bei Dr. C.\_\_\_\_\_ in Auftrag gegebene Gutachten ab, welches am 24. Mai 2017 erging. Dr. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei degenerativen Veränderungen mit Chondrosen L2/3 und L3/4, Osteochondrose L4/5 mit Antelithesis L4/5, Osteochondrose L5/S1, keine Zeichen für Wurzelkompromittierung (MRI der Lendenwirbelsäule [LWS] 14. Juli 2016) und einen Verdacht auf Morbus Winiwarter-Bürger mit/bei Status nach thorakoskopischer Sympathektomie beidseits bei acraler Durchblutungsstörung beider oberer Extremitäten am 22. März 2010. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden beidseits Spreizfüsse, ein Status nach Metallentfernung am Meta-Tarso-Phalangealgelenk (MTP) rechts, Hohmann Dig. III rechts bei Krallenzeh Dig. III rechts am 27. Februar 2017, ein Status nach MTP-1-Arthrodesen rechts bei Grosszehengrundarthrose rechts, Hohmann Dig. II rechts bei Hammerzehe Dig. II rechts am 23. November 2015, ein chronischer Aethylabusus mit in diesem Rahmen Vitamin B12-Mangel, eine Polyneuropathie (seit 02/2016) bei Vitamin B12-Mangel und ein persistierender Nikotinabusus. In der Gesamtwürdigung führte Dr. C.\_\_\_\_\_ aus, dass ein langgezogener Rundrücken bis weit in die LWS hinein bestehe. Die Halswirbelsäule (HWS) sei ohne Schmerzen frei beweglich, die Brustwirbelsäule (BWS) sei um ein Drittel eingeschränkt und endphasig würden lumbal Schmerzen ausgelöst. Die LWS sei ebenfalls um ein Drittel eingeschränkt mit jeweils Schmerzangabe lumbal. Auf Befragung hin habe der Versicherte angegeben, dass beim Vornüberbeugen stärkere Schmerzen als beim Aufrichten vorlägen, wobei kein Hochkletterphänomen zu verzeichnen sei. Eine radikuläre Problematik bestehe hingegen nicht. Der periphere Gelenkstatus zeige keine Auffälligkeit im Bereich der Hände, Ellbogen und Schultern, wobei die Muskulatur allgemein nicht sehr kräftig sei. Die Hüften und die Knie seien schmerzfrei. Es bestünden beidseits Spreizfüsse, wobei der rechte Fuss durch die Operation gut korrigiert worden sei, sich aber plantar noch das Bild einer Beschwiellung bei Spreizfüssen zeige. Die rechte Zehe III sei noch etwas postoperativ geschwollen, aber reizlos. An den oberen Extremitäten seien Kraft, Sensibilität und Reflexbild normal, wobei auch hier die Muskulatur ausgesprochen schwach ausgebildet sei. Dies sei allerdings nicht nur an den oberen Extremitäten festzustellen, sondern auch an den Beinen und am Rumpf. Dies widerspiegeln sich in einem BMI von 19,0 kg/m<sup>2</sup>, d.h. an der Grenze zum Untergewicht. An den unteren Extremitäten sei die Kraft normal, wobei der Versicherte grosse Mühe habe, auf die Zehen und Fersen zu stehen und auf ein Böckli zu steigen. Sobald er sich muskulär anstrenge, habe er nicht nur einen Tremor im Bereich der Hände, sondern am ganzen Körper, d. h. auch im Bereich der Beine und des Rumpfs. Die Sensibilität im Bereich der Beine werde als normal angegeben, wobei die Vibrationsempfindung klar nach distal abnehme und der Verdacht auf eine erhebliche Polyneuropathie bestehe. Auch die anamnestische Angabe, dass er z. B. Mühe habe, Münzen mit den Fingern aufzunehmen, spreche für diese Diagnose. Weiter führte Dr. C.\_\_\_\_\_ aus, dass das MRI vom 14. Juli 2016 eine Mehretagendegeneration auf praktisch vier Etagen mit deutlicher Osteochondrose L4/5 und L5/S1 und leichtem Wirbelgleiten L4/5 aufgrund einer Gefügestörung zeige. Dies würden auch die ergänzenden konventionellen Röntgenaufnahmen vom 10. Februar 2017 dokumentieren. Auf der Höhe L4/5 fänden sich Traktionsspuren als mögliche Instabilitätshinweise. Klinisch wirke sich dies aber nicht im Sinne einer klinischen Instabilität aus, denn es läge weder ein Aufrichteschmerz

noch ein Hochkletterphänomen vor. Zusammengefasst bestehe ein deutliches Lumbovertebralsyndrom aufgrund ausgeprägter degenerativer Veränderungen lumbal, welche die Beschwerden erklären würden.

Des Weiteren läge anamnestisch ein chronischer Aethylabusus vor. Unübersehbar zeige der Explorand dessen multiple Zeichen. So wirke er deutlich vorgealtert, habe eine Rubeosis faciei nicht nur des Gesichts, sondern praktisch der gesamten Haut, einen Tremor und einen pfefferminzartigen Fötör. Weiter zeige er eine generalisierte Muskelabnahme bis zur Atrophie und eine Polyneuropathie an den Füßen und den Händen mit einer typischen Vibrations- und Reflexabschwächung nach distal. Es seien also diverse Zeichen eines chronischen Aethylabusus unübersehbar vorhanden.

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. C.\_\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer in seinem erlernten Beruf als Bauschreiner nicht mehr arbeitsfähig sei, weil er wegen der Gefässerkrankung die feinmotorischen Fähigkeiten dafür nicht mehr besässe. Bezüglich einer Verweistätigkeit definierte Dr. C.\_\_\_\_\_ ein Belastungsprofil, gemäss welchem dem Beschwerdeführer von Seiten der Gefässerkrankung der Hände keine manuell schwer belastenden Arbeiten, keine Arbeiten in der Nässe und in der Kälte sowie keine Arbeiten mit Schlag- oder Vibrationsbelastungen zumutbar seien. In Bezug auf die degenerative Rückenproblematik kämen keine schweren oder dauernd mittelschweren Arbeiten in Frage. Er könne keine Arbeiten dauernd sitzend oder stehend, in Zwangstellungen, repetitiv nur bückend oder dauernd Überkopf ausüben. Betreffend die Beschwerden in den Füßen könne er eine Gehstrecke von 80 - 100 m absolvieren. In einer solchen Verweistätigkeit, welche die oben genannten Restriktionen berücksichtige, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bezogen auf ein Ganztagspensum ab dem 14. Juli 2016.

7.1 Die IV-Stelle stützte ihre Verfügung vom 2. November 2018 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2017. Sie ging davon aus, dass der Versicherte in einer seinem Leiden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Daran ist nichts auszusetzen. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.2 hiervor), 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 nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das dem Rentenentscheid zugrunde gelegte Gutachten erfüllt alle rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine taugliche medizinische Beurteilungsgrundlage. Das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf und ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2) - für die streitigen Belange umfassend. Seine Feststellungen beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der im Zeitpunkt der Exploration vorhandenen Vorakten abgegeben worden und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Zusammenfassend ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Beurteilung auf die Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_\_

vom 24. Mai 2017 abstellte und davon ausging, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei.

7.2.1 Daran ändern die Einwände in der Beschwerde und in der Replik nichts. Der Beschwerdeführer bringt insbesondere vor, dass das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ veraltet und unvollständig sei, da es die gesundheitliche Entwicklung bis zur Verfügung vom 2. November 2018 nicht berücksichtige. So habe Dr. C.\_\_\_\_ die Frakturen der LWK 4 und 5 und die Osteoponie im Rahmen seiner Beurteilung nicht beachtet. Mit dem Beschwerdeführer ist einig zu gehen, dass diese Diagnosen im Gutachten nicht miteinbezogen werden konnten, weil er sich die Frakturen der LWK 4 und 5 erst nach der Begutachtung bei Dr. C.\_\_\_\_ zuzog und die Osteoponie später diagnostiziert wurde. Im Austrittsbericht der Spital D.\_\_\_\_ AG vom 28. Juni 2018, wo der Beschwerdeführer vom 31. Mai 2018 bis 15. Juni 2018 stationär behandelt wurde, wurde unter Hinweis auf eine MRI-Untersuchung der LWS am 19. Januar 2018 erwähnt, dass sich der Beschwerdeführer auf Höhe LWK 4 und 5 Frakturen zugezogen habe, welche aktuell aber nur mehr subakut seien. Mit dem Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ist deshalb davon auszugehen, dass die nach der Begutachtung bei Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierten Wirbelbrüche keinen Einfluss auf die vom Gutachter vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung haben. In Bezug auf die Osteoponie ist zudem festzustellen, dass diese medikamentös behandelbar ist und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. RAD-Bericht vom 26. April 2019). Soweit der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit den lumbalen Beschwerden weiter geltend macht, dass die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ unhaltbar sei, weil er die Facettengelenksarthrose nicht berücksichtigt habe, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Dabei ist zu beachten, dass die Facettengelenksarthrose im Zeitpunkt der Untersuchung bereits vorlag und von Dr. C.\_\_\_\_ auch erwähnt wurde (vgl. Zusammenfassung der Krankengeschichte, S. 8 des Gutachtens). Er wies zudem auf die beim Beschwerdeführer durchgeführte Facettengelenksinfiltration hin, weshalb der Beschwerdeführer aus dieser Argumentation nichts zu seinen Gunsten ableiten kann.

7.2.2 Der Beschwerdeführer moniert weiter, dass im Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. C.\_\_\_\_ noch keine lumboischialgieformen Beschwerden bestanden und keine Ausstrahlungen in die Beine vorgelegen hätten. Zwischenzeitlich seien bildgebend im MRI-Bericht auf zwei Etagen Diskushernien festgestellt worden, welche jeweils die Nervenwurzeln tangieren würden. Zudem sei die Verdachtsdiagnose einer beidseitigen Sakroiliitis gestellt worden. Diese neuen Befunde seien im Rahmen der Begutachtung nicht beachtet worden. Es trifft zu, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung keine Ausstrahlungen in die Beine verspürte. Weiter steht aber fest, dass der Beschwerdeführer bereits vor der Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ an Diskusprotrusionen litt. Im Bericht der F.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2016 wurde nämlich eine flache zirkuläre Diskusvorwölbung, was gleichbedeutend mit Protrusion ist, erwähnt. Diese Diagnose wurde im Bericht der Spital D.\_\_\_\_ AG vom 19. Januar 2018 bestätigt. Damit gehen die Argumente des Beschwerdeführers fehl. In Bezug auf die ebenfalls vorgebrachte Tangierung der Nervenwurzeln ist entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers dem Bericht der Spital D.\_\_\_\_ AG vom 19. Januar 2018 einzig eine mögliche leichte Tangierung ohne Kompression oder Obliteration zu entnehmen. Schliesslich ist auch betreffend die Verdachtsdiagnose der beidseitigen chronisch-rezidivieren-

den Sakroiliitis, welche im Bericht der Radiologie des Spitals G.\_\_\_\_ vom 22. August 2017 erstmals erwähnt wurde (vgl. act. 72), festzuhalten, dass diese im Rahmen der Untersuchung in der Spital D.\_\_\_\_ AG von Januar 2018 nicht mehr vorgelegen hat. Daraus kann geschlossen werden, dass sich dieser Verdacht nicht erhärtet und sich der Allgemeinzustand des Beschwerdeführers nicht verändert hat.

7.2.3 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, Dr. C.\_\_\_\_ habe in seiner Zumutbarkeitsbeurteilung die Polyneuropathie in den Fingern und den Zehen nicht berücksichtigt. Zudem habe er die Gangunsicherheit ausser Acht gelassen. Auch aus dieser Argumentation kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dr. C.\_\_\_\_ brachte in seiner Zumutbarkeitsbeurteilung klar zum Ausdruck, dass der Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mehr ausüben könne, bei welchen die Feinmotorik der Finger erforderlich sei. Ebenso erachtet er den Versicherten für manuell schwer belastende Arbeiten als nicht mehr arbeitsfähig. In Bezug auf die ebenfalls von der Polyneuropathie betroffenen Zehen/Füsse bedachte Dr. C.\_\_\_\_ in seiner Zumutbarkeitsbeurteilung, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der Beschwerden in den Füßen eine Gehstrecke von noch 80 – 100 m zumutbar sei. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedoch auch, dass im Austrittsbericht der Spital D.\_\_\_\_ AG vom 28. Juni 2018 keine Hinweise auf eine Gangunsicherheit festgehalten werden. Aufgrund dieser Ausführungen ist davon auszugehen, dass die Polyneuropathie der Hände und Füsse durch Dr. C.\_\_\_\_ angemessen berücksichtigt wurde.

7.2.4 Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, dass Dr. C.\_\_\_\_ die kognitiven Beschwerden wie Schwindelanfälle, Wortfindungsstörungen und Vergesslichkeit nicht in seine Beurteilung miteinbezogen habe. Dabei ist mit dem RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ festzustellen, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf diese Beeinträchtigungen sowohl neurologisch wie auch psychiatrisch abgeklärt worden ist (vgl. Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 6. April 2019). Gemäss den Ausführungen im Austrittsbericht des Spitals H.\_\_\_\_, Orthopädie und Traumatologie, vom 23. Oktober 2017, wo sich der Beschwerdeführer nach einem Sturzereignis am 14. Oktober 2017 aufgrund einer Verlangsamung, kognitiven Defiziten und einer Dysarthrie in der Zeit vom 18. bis 23. Oktober 2017 aufhielt, zeigte ein MRI des Schädels keine intrakraniellen Blutungen oder Raumforderungen. Im Zeitpunkt des Entlassens sei der Beschwerdeführer jedoch in einem guten Allgemeinzustand gewesen und die Symptomatik vom Eintrittstag sei komplett regredient gewesen. Im Rahmen des stationären Aufenthalts in der Spital D.\_\_\_\_ AG in der Zeit vom 31. Mai 2018 bis 14. Juni 2018 konnten die vorliegend monierten kognitiven Beschwerden gar nicht erhoben werden. Auch unter diesem Aspekt kann der Beschwerdeführer daher nichts zu seinen Gunsten ableiten.

7.3 Nach dem Gesagten steht fest, dass das rheumatologische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2017 eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt des Verfügungserlasses erlaubt. Die nach der Begutachtung ergangenen Berichte vermögen die Feststellungen von Dr. C.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen. Zu beachten ist ferner, dass niemand ausser der Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausging (vgl. Bericht vom 22. Mai 2018). Mangels Begründung kann aber auf diese Einschätzung nicht abgestellt werden. Es ist demnach davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen die Aus-

übung einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist. Daran ändert auch das Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2019, 9C\_724/2018, wonach auch bei Suchterkrankungen ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen sei, nichts, was dieser Entscheid im Zeitpunkt der vorliegenden Beurteilung doch noch nicht publiziert und deshalb vorliegend nicht anwendbar. Es besteht daher in antizipierter Beweiswürdigung kein Grund, weitere (fach-)ärztliche Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2008, 9C\_561/2007, E. 5.2.1; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

8.1 Der Beschwerdeführer macht im Weiteren sinngemäss geltend, die ihm gutachterlich attestierte Restarbeitsfähigkeit sei angesichts seines Alters nicht mehr verwertbar.

8.2 Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen).

8.3 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Wie das Bundesgericht im Entscheid 138 V 457 ff. präzisiert hat, ist für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter zu beantworten ist, nicht etwa auf den Zeitpunkt des Verfügungserlasses, sondern auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (E. 3.3 des genannten Urteils). Vorliegend verschaffte das von der Verwaltung eingeholte rheumatologische Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_ vom 24. Mai 2017, welches nach dem oben Gesagten (vgl. E. 6.1 hiervor) die massgebende medizinische Grundlage für die angefochtenen Verfügungen bildete, abschliessende Klarheit darüber, dass bzw. in welchem Umfang dem Versicherten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit aus medizinischer Sicht zumutbar ist. Im genannten Zeitpunkt, in welchem demnach über die Verwertbarkeit der verbliebenen Erwerbsfähigkeit entschieden werden konnte, war der Beschwerdeführer etwas mehr als 55 Jahre und 8 Monate alt. Bis zum Erreichen des AHV-Alters verblieb ihm somit noch eine Aktivitätsdauer von knapp 9 Jahren und 4 Monate. Vor diesem Hintergrund und im Lichte der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (vgl. etwa die im Urteil des Bundesgerichts vom 10. September 2013, 8C\_345/2013, wiedergegebene Kasuistik), kann

klarerweise nicht gesagt werden, dass dem Beschwerdeführer die Verwertung der ihm gutachterlich attestierten Restarbeitsfähigkeit altersbedingt nicht mehr möglich sei. Darüber hinaus ist die Restarbeitsfähigkeit mit 100 % zu hoch und das Anforderungsprofil zu wenig eingeschränkt, als dass - unabhängig vom Alter des Versicherten - von einer praktischen Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausgegangen werden müsste.

9.1 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

9.2 Die IV-Stelle nahm in ihrer Verfügung vom 2. November 2018 den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei hat sie anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen einen Invaliditätsgrad von 22 % ermittelt. Die konkrete Berechnung, die vom Versicherten nicht beanstandet wurde, erweist sich als rechtens, weshalb diesbezüglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 2. November 2018 verwiesen werden kann. Da der aktuell ermittelte Invaliditätsgrad des Versicherten unter 40 % liegt, hat dieser keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

10. Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2018 einen Rentenanspruch des Versicherten zu Recht abgelehnt hat. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

11. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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.-- Franken 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. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 60 lit. g ATSG e contrario).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
  3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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