



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. Mai 2020 (720 19 204 / 108)

Invalidenversicherung

Prüfung der Beweiskraft eines polydisziplinären externen Verwaltungsgutachtens

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

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. A.____, geboren 1958, arbeitete zuletzt als Lagerist. Am 26. August 2010 erlitt er einen Arbeitsunfall. In der Folge meldete er sich mit Gesuch vom 5. Mai 2011 unter Hinweis auf eine Distorsion der Halswirbelsäule zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an. Im Rahmen der Sachverhaltsabklärungen liess die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) den Versicherten durch Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C.____, FMH für Rheumatologie, bidisziplinär psychiatrisch-rheumatologisch begutachten. Mit Gutachten vom 6. Februar 2014 gelangten die Gutachter zum Schluss, dass seit dem 21.

Juni 2011 keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe. In der Folge lehnte die IV-Stelle den Rentenanspruch mit Verfügung vom 7. März 2017 ab. Die dagegen von A._____ mit Eingabe vom 27. April 2017 beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, erhobene Beschwerde hiess dieses mit Urteil vom 30. November 2017 gut. Es hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Angelegenheit zur weiteren Abklärung und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück. In den Erwägungen hielt es zusammenfassend fest, dass der Versicherte polydisziplinär gutachterlich abzuklären sei. Das Gutachten von Dr. B._____ und Dr. C._____ sei im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung veraltet gewesen, da es konkrete Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands gebe und ausserdem unterschiedliche Beurteilungen der psychiatrischen Beschwerden vorliegen würden. Die IV-Stelle liess den Versicherten in der Folge durch das BEGAZ Begutachtungszentrum BL (BEGAZ) polydisziplinär medizinisch begutachten. Die Gutachter kamen im Gutachten vom 10. Oktober 2018 zum Schluss, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinenführer in einem Kabelverarbeitungsunternehmen zu 30 % eingeschränkt sei; in einer leidensangepassten Tätigkeit sei er zu 20 % eingeschränkt. Seit 2014 bestehe der gleiche Gesundheitszustand. Gestützt auf das BEGAZ-Gutachten und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 13. Mai 2019 einen Anspruch auf Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 24 % erneut ab.

B. Dagegen erhob A._____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, mit Eingabe vom 13. Juni 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht. Darin liess er unter o/e-Kostenfolge beantragen, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben, es sei eine gerichtliche polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen und es sei ihm auf den frühestmöglichen Zeitpunkt eine ganze Invalidenrente auszurichten.

C. Mit Vernehmlassung vom 11. Juli 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde

D. Nachdem die Angelegenheit dem Gericht mit Verfügung vom 8. August 2019 zur Beurteilung worden war, liess der Beschwerdeführer am 21. November 2019 eine Replik einreichen. Darin hielt er – ebenso wie die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 7. Januar 2020 – an den bereits gestellten Anträgen fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 13. Juni 2019 ist einzutreten. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Mai 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2).

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG).

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

3.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch 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 (BGE 132 V 93 E. 4 f. mit weiteren 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 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 mit Hinweis auf 125 V 351 E. 3a). 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, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

3.4 Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht sind (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2018, 9C_273/2017, E. 3.1). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

4.1 Nach dem Rückweisungsentscheid des Kantonsgerichts liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer durch das BEGAZ polydisziplinär (allgemein-internistisch, psychiatrisch, neurologisch und rheumatologisch) begutachten. Gestützt darauf erliess sie die vorliegend angefochtene Verfügung. In ihrem Gutachten vom 10. Oktober 2018 diagnostizieren Dr. med. D.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. E.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. F.____, FMH für Neurologie, und Dr. med. G.____, FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Ein generalisiertes linksbetontes Schmerzsyndrom mit/bei

- Cervicobrachialgie links
 - Status nach HWS-Trauma vom 26. August 2010
 - partielle Blockwirbelbildung HWK 2/3
 - radiologisch kein Nachweis einer Schädigung neuraler Strukturen im Bereich der HWS
 - klinisch kein Nachweis eines cervicoradikulären Reiz- und Ausfallsyndroms
- Lumboischialgie links
 - Status nach mikrochirurgischer Dekompression L3/4 und L4/5 bds. von links am 11. März 2016
 - linksbetonte recessale Einengung L3/4 und L4/5, bildmorphologisch mit möglicher Nervenwurzelirritation L4 und L5
 - klinisch kein Nachweis eines lumboradikulären Reiz- und Ausfallsyndroms

- bildmorphologisch Discopathien BWK 7/8 und BWK 9/10
- ohne Kompromittierung neuraler Strukturen

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren die Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), eine subsyndromale Panikstörung (F41.0), den Status nach akuter, mittelgradiger Anpassungsstörung/Belastungsreaktion mit verlängerter depressiver Reaktion nach Unfall 2010, gegenwärtig remittiert (F43.21), sowie gemäss Akten den Status nach Muskelriss Unterschenkel links infolge Motorradunfall 1983 mit operativen Interventionen 1983 und 1984, ohne relevante Residuen abgeheilt. In Bezug auf die funktionellen Auswirkungen der Diagnosen gelangen die Gutachter zum Schluss, dass der Versicherte in einer dem Körperleiden angepassten Tätigkeit in wechselnder Position aus psychiatrischer Sicht vollschichtig acht Stunden und 15 Minuten arbeiten könne. Eine gewisse Einarbeitungszeit müsse ihm zugestanden werden, was bedeute, dass er nicht von heute auf morgen wieder zu 100 % eingesetzt werden könne. Der Zustand sei gegenüber 2014 gleichgeblieben.

Trotz der insgesamt als moderat zu bezeichnenden Wirbelsäulenveränderungen und des fehlenden klinischen Korrelats radikulärer Ausfälle müsse, unter Berücksichtigung des Zustands nach durchgeführtem wirbelsäulenchirurgischem Eingriff, von einer reduzierten Belastbarkeit des Achsenskeletts ausgegangen werden. Körperlich schwere und häufig mittelschwere Belastungen seien zu vermeiden. Belastungen mit repetitivem Bücken/Aufrichten sowie repetitiven Überkopfstellungen der Arme (Kopfreklination) seien ebenfalls zu vermeiden. Aufgrund der langjährigen, nicht zu beeinflussenden Schmerzsymptomatik sei der Versicherte zusätzlich auch in adaptierten Tätigkeiten auf Pausen zur Einnahme von Entlastungsstellungen angewiesen. Dies führe zu einer Rendementreduktion um 20 %. Trotz umfangreichen Akten sei es relativ schwierig, eine retrospektive Beurteilung zu erstellen. Am ehesten müsse davon ausgegangen werden, dass die Schmerzsymptomatik ab Juli 2014, dem Zeitpunkt der ersten Hospitalisation in der Klinik für Schmerztherapie am Kantonsspital Laufen, relevant gewesen sei. Damals sei das erste Mal von einer chronischen Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren gesprochen worden.

Anhand des im Arbeitgeberbericht beschriebenen Belastungsprofils könne in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mit neurologischen Faktoren nicht begründet werden. Das Belastungsprofil sei als teilweise adaptiert zu bezeichnen; ungünstig und daher zu vermeiden seien die im Bericht angegebenen seltenen mittelschweren Trage- und Hebebelastungen. Aus neurologischer Sicht sei in der angestammten Tätigkeit von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit mit 30 %-iger Leistungseinschränkung auszugehen. Diese Arbeitsfähigkeit sei bereits einige Wochen nach dem Unfall im Jahre 2010 und dann ca. vier Wochen nach der Operation im Jahre 2016 eingetreten. Eine angepasste Tätigkeit sollte wechselbelastend ausgeführt werden, sie sollte sich auf leichte Hebe- und Tragebelastungen beschränken und nicht mit repetitivem Bücken/Aufrichten sowie repetitiver Überkopfstellung der Arme einhergehen. In einer diesen Kriterien angepassten Tätigkeit sei aus neurologischer Sicht von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Unter Berücksichtigung des erwähnten organischen Beschwerdekerns von untergeordneter Bedeutung sei auch in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer Leistungseinschränkung auszugehen, diese sei mit 20 % zu beziffern. Arbiträr würden für die

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit die gleichen Zeitangaben wie für die angestammte Tätigkeit gelten. Es komme zu keiner Addition der quantitativen Einschränkungen aus somatischer und psychiatrischer Sicht.

4.2 Die Beschwerdegegnerin misst dem BEGAZ-Gutachten volle Beweiskraft bei. Der Beschwerdeführer dagegen vertritt die Auffassung, dass sich das BEGAZ-Gutachten als unvollständig und widersprüchlich erweise, weshalb es nicht beweistauglich sei.

4.3.1 Er moniert in formeller Hinsicht, dass das Gutachten mehrere Fehler enthalte, die eine unsorgfältige Abklärung durch die Gutachter belege. Er sei nicht bei Dr. H.____, sondern bei Dr. med. I.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in psychiatrischer Behandlung gewesen. Im Weiteren werde er auf Seite 7 der Konsensbeurteilung falsch zitiert, indem erwähnt werde, dass alles mit dem Unfall vom 26. Juni 2016 begonnen habe. Richtigerweise sei das Unfalldatum der 26. August 2010. Schliesslich werde Dr. F.____ zitiert, wonach ihm das rheumatologische Vorgutachten von Dr. C.____ nicht vollständig vorgelegen habe, es hätten ihm die Seiten 12 und 13 gefehlt, auf welchen unter anderem die Diagnosen aufgelistet gewesen seien. Dr. F.____ habe das Gutachten somit in Unkenntnis der Diagnosen gestellt.

Im Gutachten wird im Rahmen der Konsensbeurteilung auf Seite 7 und im internistischen Teilgutachten auf Seite 6 anstelle von Dr. I.____ von Dr. H.____ gesprochen. Es handelt sich hier offensichtlich um ein Missverständnis von Dr. D.____, das aber die Verlässlichkeit des Gutachtens als solches nicht in Frage zu stellen vermag. Im übrigen Gutachten wurde der zuletzt behandelnde Psychiater immer mit korrektem Namen erwähnt (Konsensteil, S. 12; psychiatrisches Gutachten, S. 7, 16, 23, 24). Es handelt sich, wie bei der Rüge betreffend das falsche Unfalldatum, um einen Einwand eher punktueller Natur. Das Unfalldatum wird in den entscheidenden Passagen des Gutachtens, so z.B. im Rahmen der Konsensbesprechung auf Seite 8, korrekt festgehalten. Es trifft zu, dass Dr. F.____ feststellt, dass ihm die Seiten 12 und 13 des rheumatologischen Gutachtens von Dr. C.____ fehlen würden. Aus dem restlichen Teil des Gutachtens von Dr. B.____ und Dr. C.____, insbesondere der Konsensbesprechung, war für Dr. F.____ aber erkennbar, dass die rheumatologischen Diagnosen damals ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit waren. Hinzu kommt, dass der medizinische Sachverhalt für diese frühere Phase im Rückweisungsentscheid des Kantonsgerichts bereits abgehandelt wurde. Damit führt auch dieser Einwand zu keinen Zweifeln an der Zuverlässigkeit des BEGAZ-Gutachtens.

4.3.2 Der Beschwerdeführer vertritt weiter den Standpunkt, dass die Gutachter behaupten würden, dass eine Nervenwurzelirritation L4 und L5 "lediglich möglich" sei. Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie u. Interventionelle Schmerztherapie, und Ärztlicher Direktor der Klinik K.____, habe im Bericht vom 11. Juni 2018 jedoch festgehalten, dass ein Kontakt zur L4-Wurzel links radiologisch nachgewiesen bestehe. Indem die Gutachter nicht auf diese Differenz eingehen würden, erweise sich das Gutachten als unvollständig und damit als nicht verwertbar.

Dr. F.____ führt den Bericht von Dr. J.____ vom 11. Juni 2018 in seinen Vorakten auf. Zudem würdigt er in seinem neurologischen Teilgutachten vom 5. Oktober 2018 auf den Seiten 25 und

26 die radiologischen Befunde. Er hält aber fest, dass klinisch weder seitens der HWS noch der LWS ein radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom objektiviert werden könne. Der Explorand beklage sowohl am linken Arm wie auch am linken Bein ein Kraftdefizit und präsentiere in der klinischen Untersuchung eine inkonstante Willkürinnervation. Die Ausfälle würden nicht einem radikulären oder sonstigen peripher neurogenen Muster entsprechen. Muskelatrophien oder eine Reflexanomalie als Indizien für eine radikuläre bzw. peripher neurogene Parese würden sich ebenfalls nicht feststellen lassen. Der Explorand präsentiere ferner diffus ausgedehnte Defizite an der linken oberen und linken unteren Extremität, welche sich nicht zwanglos einem neurogenen Muster zuordnen lassen würden. Insbesondere sei zu vermerken, dass das vor zwei Jahren noch umschriebene Versorgungsgebiet des Nervus Cutaneus femoris lateralis erscheinende sensible Defizit anlässlich der Untersuchung nicht reproduziert werden könne. Der Explorand gebe ein diffuses lateral betontes sensibles Defizit an der linken unteren Extremität bis distal an, aktuell weit über das Versorgungsgebiet des Nervus Cutaneus femoris lateralis hinausgehend und insgesamt nicht zwanglos einem neurogenen Muster zuordenbar an. Auch im Gangbild werde eine neurogene Funktionsstörung nicht ersichtlich. Es bestehe einerseits ein organischer Beschwerdekern bei dokumentierten degenerativen LWS-Veränderungen und leichten recessalen Einengungen L3/4 und L4/5 sowie bei bekannter partieller Blockwirbelbildung HWK 2/3 und Discopathien BWK 7/8 und BWK 9/10. Allerdings erkläre dieser insgesamt moderate organische Beschwerdekern das geltend gemachte invalidisierende Beschwerdeausmass nicht. Insbesondere lasse sich klinisch eine relevante radikuläre Funktionsstörung nicht nachweisen. Die beklagte Schmerzausstrahlung ins linke Bein sei unter Berücksichtigung der gesamten Datenlage zu wesentlichen Teilen als pseudoradikulär einzustufen. Zudem würden auch mehrere Inkonsistenzen auffallen (S. 27). So könne der Gebrauch der vom Exploranden verwendeten Gehstützen neurologisch nicht begründet werden. Weiter sei zu betonen, dass bildmorphologische Befunde einer möglichen Nervenwurzeleinengung im MRI vorsichtig zu bewerten seien, wenn kein entsprechendes klinisches Korrelat vorliege. Dies zeige sich im vorliegenden Fall beispielhaft. Die bildmorphologisch beschriebene leichte recessale Einengung L3/4 und L4/5 korreliere nicht mit entsprechenden radikulären Ausfällen, auch ein radikuläres Reizsyndrom könne nicht konsistent reproduziert werden. Schliesslich habe eine radikuläre Läsion in den von den Nervenwurzeln L4, L5 und S1 versorgten Muskeln auch elektromyographisch nicht nachgewiesen werden können. Diesbezüglich seien auch schon früher von neurologischen und rheumatologischen Ärzten Inkonsistenzen vermerkt worden. Dr. J._____ halte fest, dass der Befund durchaus mit einer zunehmenden neuroforaminalen Enge oder einer iliosakralen Dysfunktion vereinbar sei. Er erwähne einen links bei ca. 30 Grad positiven Lasègue, wobei aus seinem Bericht aber nicht hervorgehe, ob sich die Positivität auf eine lumbale Schmerzangabe (wie bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung) oder zusätzlich auf eine radikuläre Schmerzausstrahlung entsprechend einer bestimmten Nervenwurzel bezogen habe. Wie bereits ausgeführt worden sei, seien die Reaktionen in den verschiedenen Lasègue- und Pseudolasègue-Manövern inkonsistent. Ein relevantes radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom könne unter Berücksichtigung der ganzen Datenlage nicht konsistent reproduziert werden. Ferner beschreibe Dr. J._____ auch die Angabe einer diffus ausgedehnten Sensibilitätsstörung, was nicht einem radikulären Muster L4 oder L5 entspreche. Es sei hier im Wesentlichen von einer pseudoradikulären Ausstrahlung auszugehen. Der von Dr. J._____ gestellten Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Faktoren sei gleichwohl auch aus neurologischer Sicht zuzustimmen.

Dr. F.____ setzt sich vertieft und gründlich mit den bisherigen radiologischen Befunden, seinem klinischen Befund und den aktenkundigen Berichten der anderen Fachärzte, insbesondere der Auffassung von Dr. J.____, auseinander. Er legt auf den Seiten 28 und 29 seines Gutachtens nachvollziehbar dar, dass er trotz radiologischen Befunden kein relevantes radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom konsistent reproduzieren konnte. Im Weiteren ist auf die Stellungnahme von Dr. med. L.____ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionale ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), vom 2. April 2019 verwiesen. Ein Indiz, das gegen die Zuverlässigkeit seiner Beurteilung sprechen würde, liegt somit nicht vor.

4.3.3 Der Beschwerdeführer bringt sodann vor, dass er im Gutachten an mehreren Stellen dahingehend zitiert werde, dass er Schmerzen in beiden Knien habe, neu auch im rechten. Die Gutachter hätten sich aber in keiner Weise damit auseinandergesetzt bzw. diesbezüglich Abklärungen vorgenommen. Einzig im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung sei eine kurze allgemeine Untersuchung der Kniegelenke erfolgt. Dabei habe die Gutachterin sogar ausdrücklich festgestellt, dass ein deutliches Krepitieren bei Flexion im rechten Kniegelenk bestehe. Dennoch seien keine weiteren Abklärungen erfolgt. Ebenso sei keine Diagnose bezüglich der Kniebeschwerden gestellt worden, diese seien auch nicht im Rahmen der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden.

Dr. G.____ vermerkt anlässlich der Befragung des Beschwerdeführers auf Seite 14 ihres Gutachtens, dass er Schmerzen am ganzen Körper, betont in der linken Körperhälfte und an den Knien, neu auch im rechten, angebe. Er verspüre seit fünf oder sechs Monaten nun auch Schmerzen im rechten Knie, um das Knie herum. Die Schmerzen seien andauernd vorhanden und würden beim Gehen zunehmen. Eine Schwellung habe er nicht beobachtet. Im Rahmen der klinischen Untersuchung hält Dr. G.____ auf Seite 24 fest, dass der Versicherte bei der Prüfung der unteren Extremitäten rechtsseitig bei Aussen- und Innenrotation des Hüftgelenks Schmerzen im rechten Knie angegeben habe. Links habe er eine diffuse Druckdolenz im Kniebereich vermerkt, vor allem in den medialen und lateralen Kniestrukturen, im Pes anserinus, aber auch im Ansatz der Quadrizepssehne und im Ligamentum patellae, jeweils an der Patella. Die Kniegelenke seien frei beweglich gewesen, rechtsseitig habe ein deutliches Krepitieren bei Flexion bestanden. Der Versicherte habe beidseitig Schmerzen bei maximaler Flexion angegeben. Es habe keine Instabilität bestanden, der Meniskusstresstest sei soweit beurteilbar unauffällig, die Zehen beidseits positiv ausgefallen. In der Diagnoseliste führt Dr. G.____ die Knieschmerzen als vorwiegend periartikuläre Knieschmerzen beidseits bei konventionell radiologisch unauffälligem Befund, klinisch möglicher Chondropathia patellae, auf. In der Beurteilung hält sie fest, dass seit langem ein Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in die linke obere und linke untere Extremität vorliege. Verschiedenste Therapieansätze hätten keine Besserung gebracht. Neu seien rechtsseitige Knieschmerzen hinzugekommen. Die konventionellen Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenks vom Dezember 2015 hätten keinen pathologischen Befund gezeigt. In den aktuellen Aufnahmen würden beide Kniegelenke unauffällig zur Darstellung kommen, auch der retropatellare Raum sei gut erhalten. Klinisch könne eine beginnende Degeneration des retropatellaren Knorpels nicht

ausgeschlossen werden, ansonsten handle es sich aufgrund der klinischen Untersuchung vorwiegend um ein periartikuläres Schmerzsyndrom. Die Ansatzverkalkungen der Quadricepssehnen seien dem DISH zuzuschreiben und hätten keine klinischen Auswirkungen.

Die Untersuchung von Dr. G.____ ist umfassend ausgefallen. Ihre Ausführungen sind klar, nachvollziehbar und schlüssig. Nach ausführlicher Untersuchung der Knie stellt sie eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26). Zu Recht weist die Beschwerdegegnerin in der Vernehmlassung darauf hin, dass die Einschränkungen an den Knien bei der Umschreibung des Verweissprofils von Dr. G.____ berücksichtigt worden seien. Eine angepasste Tätigkeit sollte wechselbelastend ausgeführt werden und sie sollte sich auf leichte Hebe- und Tragebelastungen beschränken. Da Dr. G.____ aber frei bewegliche Kniegelenke feststellt und eine Instabilität verneint, erscheint es schlüssig, wenn sie der Diagnose keine schwerwiegenderen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimisst. Ein Indiz, das Zweifel an der Verlässlichkeit des Abklärungsergebnisses der Beschwerdegegnerin bezüglich der Knie wecken würde, liegt damit nicht vor.

4.3.4 Der Beschwerdeführer rügt sodann in der Replik, er leide seit mehreren Jahren unter ISG-Blockaden, was sich in starken Schmerzen in der Hüftregion äussere. Er müsse daher immer wieder Dr. J.____ aufsuchen, der die Blockade mittels einer manuellen Therapie löse. Dieser Vorgang werde von Dr. G.____ auf Seite 16 explizit so festgehalten. Dr. J.____ halte denn auch in seinem Bericht vom 11. Juni 2018 die rezidivierenden ISG-Blockaden fest. Im Gutachten würden sie aber mit keinem Wort gewürdigt.

Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Dr. G.____ nimmt aus rheumatologischer Sicht zur rezidivierenden ISG Blockierung bzw. dem ISG Syndrom Stellung und führt aus, dass im Rahmen der klinischen Untersuchung eine diffuse Druckdolenz am Beckenkamm links im Bereich der gesamten linken Glutealmuskulatur, der Oberschenkelmuskulatur links dorsal und vor allem seitlich im Bereich des Tractus iliotibialis bestünde (S. 24). Der Spine Test und das Vorlaufphänomen seien negativ gewesen (S. 23). Damit schliesst Dr. G.____ klinisch unter manualmedizinischen Gesichtspunkten eine ISG Blockade aus. Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädie und Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, RAD, führt sodann in seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2020 nachvollziehbar aus, dass die Einschätzung von Dr. G.____ durch Dr. J.____ in seinem Bericht vom 27. Februar 2019 gestützt werde. Dort sei eine iliosakrale Dysfunktion links beschrieben worden, die in der gleichen Sitzung habe gelöst werden können. Damit komme der funktionelle Charakter der Störung zum Ausdruck. Es handle sich nicht um einen strukturellen Schaden. Gestützt auf die Feststellungen von Dr. G.____ und Dr. M.____ und des Umstands, dass der Beschwerdeführer jeweils gut auf die Behandlung anspricht, ist davon auszugehen, dass das ISG Syndrom behandelbar ist. Daher ist nicht von einem relevanten, dauerhaft schweren und therapieresistenten Syndrom auszugehen. Das Gutachten ist also auch in diesem Punkt beweistauglich.

4.4 Das Gericht kommt zum Schluss, dass das polydisziplinäre BEGAZ-Gutachten vom 10. Oktober 2018 alle Voraussetzungen erfüllt, die das Bundesgericht an die Beweistauglichkeit einer verwaltungsexternen Begutachtung (vgl. Erwägung 3.3 hiervor) stellt. Sämtliche vorgebrachten

Rügen wecken keine Zweifel an dessen Verlässlichkeit, sodass zur Beurteilung des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers darauf abzustellen ist. Weiterer versicherungsmedizinischer Abklärungsbedarf besteht nicht. Damit ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist. Eine angepasste Tätigkeit ist ihm zu 80 % zuzumuten und sollte wechselbelastend ausgeführt werden und sich auf leichte Hebe- und Tragebelastungen beschränken und nicht mit repetitivem Bücken/Aufrichten sowie repetitiver Überkopfstellung der Arme einhergehen.

5.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b). 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 (BGE 104 V 136 E. 2a und b).

5.2.1 Die Beschwerdegegnerin nahm in der angefochtenen Verfügung einen Einkommensvergleich gemäss Art. 16 ATSG vor und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 24 %. Sie ging gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin von einem Valideneinkommen im Jahr 2011 von Fr. 65'057.-- aus. Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass er in Berücksichtigung der nunmehr langjährigen Berufserfahrung ein höheres Valideneinkommen erzielen würde.

5.2.2 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt des Rentenbeginns tatsächlich verdienen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2012, 8C_600/2012, E. 4.1.1). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel von der Tätigkeit, welche die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübt hat, auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. November 2002, I 491/01, E. 2.3.1). Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Es geht um die Frage, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte. Dabei ist unter Umständen auch die berufliche Weiterentwicklung mit zu berücksichtigen, die eine versicherte Person normalerweise vollzogen hätte, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprechung genügen blosse Absichtserklärungen der versicherten Person nicht, um eine nicht weiter konkretisierte berufliche Veränderung anzunehmen und das Valideneinkommen auf einen entsprechend angepassten Wert festzusetzen. Vielmehr muss die Absicht, beruflich weiterzukommen, bereits durch

konkrete Schritte kundgetan worden sein (Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2008, 8C_664/2007, E. 6.1). Im Übrigen besteht die Vermutung, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auch die künftige gewesen wäre.

5.2.3 Vorliegend werden vom Beschwerdeführer keine konkreten Beweise beigebracht, die ein höheres Valideneinkommen im Zeitpunkt des Rentenbeginns oder eine allfällige spätere Erhöhung überwiegend wahrscheinlich machen würden. Auch in den Akten finden sich keine Anhaltspunkte für eine berufliche Weiterentwicklung. Damit ist auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin abzustellen. Nachdem sich zudem keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Kantonsgericht eine andere Einschätzung als diejenige der Beschwerdegegnerin vorzunehmen wäre, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem ermittelten Valideneinkommen und es wird auf die betreffenden Ausführungen in der angefochtenen Verfügung verwiesen. Damit ist von einem Valideneinkommen im Betrag von Fr. 65'057.-- auszugehen.

5.3.1 Zu klären bleibt die Höhe des Invalideneinkommens. Die Beschwerdegegnerin ist zur Auffassung gelangt, dass dem Beschwerdeführer ab Juni 2011 die Ausübung einer leichten, wechselbelastenden angepassten Tätigkeit ohne wiederholtes Bücken/Aufrichten und ohne wiederholte Überkopfstellung der Arme ein Pensum von 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 20 % zumutbar sei. Gestützt auf die die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik BFS (LSE) errechnete sie im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns ein Invalideneinkommen von Fr. 49'540.--. Grundlage dafür bilden die LSE 2010, Tabelle TA1, Privater Sektor, Total, Anforderungsniveau 4, Spalte Männer, Fr. 4'901.-- monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden. Nach Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. "Die Volkswirtschaft", Ausg. 3-2007, S. 90, Tabelle B9.2) und nach Anpassung an die Nominallohnentwicklung 2011 von 1 % (vgl. BFS T1.1.10 Nominallohnindex Männer 2011-2015) x 12 Monate ergibt sich ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 61'925.--. In Anbetracht der Leistungseinschränkung von 20 % ergibt dies das vorgenannte Invalideneinkommen.

5.3.2 Gegen die konkrete Berechnung erhebt der Beschwerdeführer keine Einwände. Er legt aber dar, dass das Invalideneinkommen zu hoch veranschlagt worden sei, weshalb ein leidensbedingter Abzug von 25 % gemacht werden müsse. Gründe, weshalb ein zusätzlicher Abzug gemacht werden müsste, legt er nicht dar. Die Beschwerdegegnerin vertritt die Auffassung, dass sich kein Abzug rechtfertige, da der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch in einer Verweistätigkeit vollzeitlich arbeitsfähig unter der Einschränkung von 20 % wäre.

5.3.3 Praxisgemäss sind vom gestützt auf die LSE Tabellenlöhne erhobenen Werte verschiedene Abzüge zulässig. Im Entscheid BGE 126 V 75 ff. hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zu den Abzügen vom Tabellenlohn bereinigt und weiterentwickelt. Dabei hat es betont, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles abhängt (leidensbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität/ Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei ist

der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (BGE 126 V 80 E. 5b). Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer der genannten Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle desjenigen der Vorinstanz setzt.

Vorliegend nahm die Beschwerdegegnerin zu Recht keinen Abzug vom Tabellenlohn vor. Der Beschwerdeführer legt keine persönlichen oder beruflichen Umstände dar, die einen Abzug rechtfertigen würden. Bei vollzeitlich mit reduzierter Leistungsfähigkeit tätigen versicherten Personen besteht keine Rechtsgrundlage, um eine über die Einschränkung der Leistungsfähigkeit hinausgehende, überproportionale Lohneinbusse anzunehmen. Es ist daher von einem Invalideneinkommen von Fr. 49'540.-- auszugehen.

5.4 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine erwerbliche Einbusse von 24 %. Bei dieser Sachlage hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers in der angefochtenen Verfügung vom 13. Mai 2019 zu Recht verneint, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

6.1 Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei.

6.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die 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 Kantonsgericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Dem Prozessausgang entsprechend hat deshalb der Beschwerdeführer als unterliegende Partei die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- zu tragen. Dieser Betrag ist mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zu verrechnen.

6.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Demgemäss wird **erkannt** :

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

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