



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 24. Januar 2019 (720 18 205 / 21)

Invalidenversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhalts; es ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle in psychiatrischer Hinsicht auf ein von ihr eingeholtes Gutachten und in somatischer bzw. polydisziplinärer Hinsicht insbesondere auf versicherungsinterne Berichte abgestellt hat.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger,
Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Olivia Reber

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. Der 1959 geborene A.____ war vom 1. Oktober 1989 bis zum 30. November 2014 als Schleifer bei der B.____ AG in X.____ angestellt. Am 26. Mai 2014 (Eingang) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein Asthma, Herzrasen, seine linke Schulter, Schmerzen im linken Bein sowie eine eventuell notwendige Bypass-Operation bei der Eidgenössischen Invali-

denversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte daraufhin die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab. Am 30. Juli 2015 erliess die Suva eine Nichteignungsverfügung für die angestammte Tätigkeit als CNC-Schleifer und entrichtete A._____ für die Folgen der Berufskrankheit Taggeldleistungen. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verfügte die IV-Stelle am 17. Mai 2018, dass ab 1. Februar 2015 ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe. Ab 10. März 2015 betrage der Invaliditätsgrad weniger als 40%. Die Rente werde deshalb bis zum 30. Juni 2015 befristet.

B. Am 18. Juni 2018 erhob A._____, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, gegen die Verfügung vom 17. Mai 2018 Beschwerde am Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Mai 2018 aufzuheben und es sei eine gerichtliche multidisziplinäre medizinische Begutachtung anzuordnen. Es sei ihm auf den frühestmöglichen Zeitpunkt eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass die Beschwerdegegnerin es unterlassen habe, ihn umfassend medizinisch begutachten zu lassen. Es sei lediglich eine psychiatrische Begutachtung in Auftrag gegeben worden. Er leide indessen unter pneumologischen, kardiologischen und orthopädischen Problemen. Der medizinische Sachverhalt erweise sich als unvollständig abgeklärt, weshalb durch das Gericht eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung anzuordnen sei. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte gingen nicht alle Angaben hervor, die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit notwendig seien. Des Weiteren fehle eine Konsensbeurteilung und allfällige Wechselwirkungen würden ausser Acht gelassen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 24. Juli 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

D. Der Beschwerdeführer reichte am 3. November 2018 eine Replik, die Beschwerdegegnerin am 4. Dezember 2018 eine Duplik ein. Beide Parteien hielten an ihren Anträgen und Ausführungen fest.

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 form- und fristgerecht eingereichte – Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). Die IV-Stelle hat dem Versicherten eine vom 1. Februar 2015 bis 30. Juni 2015 befristete ganze Rente zugesprochen. Ein weitergehender Rentenanspruch wurde abgelehnt.

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 wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

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 andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2; 130 V 390 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfä-

higkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; BGE 127 V 294 E. 4c in fine).

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

4.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1).

4.3 Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad des Versicherten nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bemessen, was vom Beschwerdeführer – zu Recht – nicht bestritten wird.

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

5.1 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 133 E. 2, 114 V 310 E. 3c, 105 V 156 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).

5.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und

pfllichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

5.3 Dennoch erachtet es die 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 351 E. 3b und in AHJ-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen).

So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (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 sub-

jektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

6. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers liegen zahlreiche ärztliche Berichte vor, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. Nachfolgend werden lediglich die entscheidungswesentlichen medizinischen Unterlagen zusammengefasst dargestellt:

6.1 Die Beschwerdegegnerin hat bei Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben. Dr. C.____ hat dieses am 30. November 2016 erstellt. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte der Gutachter eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) bei diversen somatischen Erkrankungen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. C.____ akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) fest.

Bei der Beurteilung des Gesundheitsschadens führte Dr. C.____ aus, dass der Versicherte gut 40 Jahre als Fabrikarbeiter tätig gewesen sei, zuletzt als Präzisionsschleifer für Metallteile. Im Zusammenhang mit verschiedenen somatischen Erkrankungen sei es zur Krankschreibung durch den Hausarzt gekommen. Dieser habe in seinem Bericht vom 30. Juni 2014 bereits auf eine depressive Verstimmung mit Angstsymptomatik unter dem Einfluss eines Mobbing hingewiesen. Im November 2015 habe der Beschwerdeführer eine fachpsychiatrische Behandlung im Ambulatorium H.____ aufgenommen. Dort sei ihm eine mittel- bis zeitweise schwergradige depressive Episode attestiert und differentialdiagnostisch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung vermutet worden. In der heutigen Untersuchung lasse sich beim Versicherten eine deutlich bedrückte Stimmungslage, eine Ungeduld und Gereiztheit, eine Dünnhäutigkeit mit latenten Fantasien, Aggressionen und Impulse auszuagieren bei gleichzeitig vermindertem Selbstwertgefühl feststellen. Der Versicherte sei nicht gehemmt, vielmehr bestehe eine leichte Unruhe und Angetriebenheit, sodass tendenziell das Bild einer agitierten Depression vorliege. Ein Leidensdruck sei deutlich wahrnehmbar, sodann bestehe ein Lebensgefühl des Unterdrücktwerdens. Die depressive Störung könne als leicht bis ansatzweise mittelgradig eingestuft werden. Dieser klinische Eindruck entspreche dem Ergebnis des HAMD (Hamilton Depression Scale), während der BDI (Beck-Depressions-Inventar) nicht sicher verwertbar sei. Die vorliegende Störung könne seit November 2015 als gesichert und klinisch relevant eingestuft werden. Der Versicherte zeige im Rahmen der depressiven Störung eine Tendenz zu dysphorisch-impulhaftem Agieren, jedoch genüge dies nicht um eine Persönlich-

keitsstörung zu diagnostizieren, allenfalls handle es sich dabei um akzentuierte Persönlichkeitszüge, bedingt durch eine belastete Lebensgeschichte. Hinweise für eine Persönlichkeitsänderung, die gesichert über das aktuelle Ausmass der depressiven Störung hinausgingen, habe er nicht feststellen können. Zum Beispiel sei der Versicherte nach wie vor in der Lage, sich in den familiären Kontext zu integrieren.

Dr. C._____ nahm Stellung zu abweichenden Diagnosen in den Vorakten und hielt fest, dass dem Versicherten im Juni 2016 durch Dr. med. D._____, Oberarzt der Psychiatrie Baselland, eine 70% bis 80%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode attestiert worden sei. Ausserdem sei gemäss Dr. D._____ von einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 50% auszugehen. Anhand der heutigen Befunde könne eine überwiegend leichtgradige, aufgrund der bestehenden Agitiertheit auch ansatzweise mittelgradige depressive Störung festgestellt werden mit deutlich geringeren Auswirkungen auf die längerfristige Arbeitsfähigkeit. Die aktuelle Behandlung finde in monatlichen Frequenzen statt, was einer Erhaltungstherapie entspreche. Auch die gegenwärtige Pharmakotherapie entspreche eher einer Erhaltungsbildung. Die von den Kollegen vermutete andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung (F62.1) könne er aufgrund der heutigen Befunde nicht bestätigen.

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. C._____ unter anderem fest, dass die angestammte Tätigkeit als Präzisionsschleifer aufgrund der Nichteignungsverfügung der Suva nicht mehr in Frage komme. Medizinisch-theoretisch könne eine Einschränkung aus rein psychiatrischer Sicht von 30% aufgrund des Ausmasses der Depression attestiert werden. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit November 2015. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aufgrund der depressiven Unausgeglichenheit eine Einschränkung von 20%. Eine angepasste Tätigkeit würde sich durch einen geringeren Effizienzdruck auszeichnen. Vorschläge wäre zum Beispiel eine Überwachungs- und Kontrolltätigkeit. Grundsätzlich lägen die Ressourcen des Versicherten in einem handwerklichen Bereich.

6.2 In polydisziplinärer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auf den Bericht von Dr. med. E._____, Facharzt für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), vom 2. Februar 2017. Dieser wiederum stützte sich auf diverse Berichte der behandelnden Ärzte des Versicherten sowie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C._____. Dr. E._____ hielt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) bei diversen somatischen Erkrankungen, ein Asthma bronchiale, ein HWS-Syndrom, eine koronare 1-Ast-Erkrankung, eine PAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) sowie ein klinisches Reizsyndrom L4/5 links fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) vor.

Beim Versicherten sei eine schwere bronchiale Hyperreagibilität bei Nikotinkonsum von 40 py festgestellt worden. Bei inhalativer Exposition mit Kühlschmierstoffen am Arbeitsplatz seien Symptome eines Asthma bronchiale aufgetreten, ausgelöst auch durch erhöhte Staubbelastungen in der Freizeit. Eine höhergradige COPD („Chronic Obstructive Pulmonary Disease“) sei

lungenfunktionsanalytisch ausgeschlossen worden. Es liege kein Nachweis vor, dass das Asthma bronchiale durch die arbeitshygienisch ungünstigen Bedingungen mit inhalativer Exposition gegenüber Kühlschmiermitteln und Additiva verschlimmert worden sei. Es hätten keine Typ 1 Sensibilisierungen gegenüber Arbeitsstoffen nachgewiesen werden können. Die nachgewiesenen Typ IV Sensibilisierungen gegenüber den Berufssubstanzen Acrylschmiermittel und Entwässerungsflüssigkeit seien keine Allergien vom Soforttyp und würden daher eine Asthmasymptomatik nicht durch einen allergischen Mechanismus auslösen, allenfalls durch Vernebelung irritativ. Sie seien aber für die mittlerweile abgeheilten ekzematösen Hauterscheinungen verantwortlich gewesen. Die Nichteignungsverfügung der Suva für die angestammte Tätigkeit als CNC-Schleifer sei aus präventiven Gesichtspunkten richtig gewesen. Die Beurteilung von Dr. med. F.____, FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, einer 50%igen Einschränkung sogar für Arbeiten, welche die Atemwege nicht belasten, sei medizinisch nicht begründet. Die Lungenfunktionswerte seien praktisch normal gewesen. Das Asthma sei gut kontrolliert. Dr. F.____ habe seine Einschätzung schliesslich auch korrigiert. Der Suva habe er am 25. Oktober 2015 mitgeteilt, dass aus pneumologischer Sicht in einer Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe.

Das bekannte Schlafapnoesyndrom begründe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sei grundsätzlich mit CPAP („Continuous Positive Airway Pressure“) behandelbar. Die koronare 1-Ast-Erkrankung habe bei guter körperlicher Leistungsfähigkeit ohne Ischämienachweis einen quantitativen Einschluss auf die Arbeitsfähigkeit in dem Sinne, dass der Versicherte keine schweren Arbeiten ausüben sollte. Aufgrund der PAVK bestehe in wechselbelastenden Tätigkeiten mit auch stehenden und sitzenden Anteilen keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Infolge des HWS-Syndroms sollte der Beschwerdeführer keine repetitiven Überkopfarbeiten ausüben. Weitere Funktionseinschränkungen würden nicht bestehen. Die ins linke Bein ausstrahlenden Rückenbeschwerden bei degenerativen osteochondrotischen Wirbelsäulenveränderungen würden die Arbeitsfähigkeit insoweit einschränken, als schwere rückenbelastende Arbeiten nicht zu empfehlen seien. Für leichte rückenadaptierte Tätigkeiten bestünden aber keine Einschränkungen.

Insgesamt erachtete Dr. E.____ die medizinischen Berichte als detailliert genug, um die Arbeitsfähigkeit im Verlauf beurteilen zu können. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich. In der angestammten Tätigkeit als angelernter CNC-Schleifer ohne EFZ sei der Beschwerdeführer seit 27. Februar 2014 zu 100% arbeitsunfähig. Eine Verweistätigkeit sollte das folgende Belastungsprofil erfüllen: Leichte wechselbelastende rückenadaptierte Arbeiten, keine Zwangshaltungen, keine repetitiven Überkopfarbeiten, keine inhalativen Belastungen durch Stäube, Rauche und reizende Stoffe. In einer dem Profil entsprechenden Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2018 bei der Würdigung des massgebenden medizinischen Sachverhalts und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die Ausführungen im Gutachten von Dr. C.____ sowie auf die Berichte der behandelnden Ärzte bzw. die Beurteilung dieser Berichte durch Dr. E.____ des RAD. Sie ging deshalb davon aus, dass dem Versicherten seinem Leiden angepasste Tä-

tigkeiten im Umfang von 80% zumutbar seien. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.3 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 Gutachten von Dr. C.____ erfüllt alle rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine taugliche medizinische Beurteilungsgrundlage. Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf und ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 5.2) – für die streitigen Belange umfassend. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der im Zeitpunkt der Exploration vorhandenen Vorakten abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein. Die auf diese Erkenntnisse gestützte Zumutbarkeitsbeurteilung ist ebenfalls nicht zu beanstanden.

Ausserdem ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die er versicherungsintern eingeholt hat. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und zwar in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 5.3 hiervor und die dortigen Hinweise auf die entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung). Vorliegend ergeben sich jedoch keinerlei Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgebend erachteten versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen von Dr. E.____. Dieser hat sich zudem auf die bereits vorliegenden Berichte der Behandler abgestützt, was erfahrungsgemäss zu einem für den Versicherten eher günstigen Ergebnis führt.

7.2 Die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen an der Beweiskraft des Gutachtens sowie des versicherungsinternen Berichts nichts zu ändern. Der Versicherte macht unter anderem geltend, dass eine polydisziplinäre Begutachtung hätte durchgeführt werden müssen. Es fehle an einer Konsensbesprechung zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen. Diesbezüglich ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass eine Konsensbeurteilung zwar ideal wäre, aber nicht zwingend ist (vgl. die von der Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung auf S. 4 aufgeführten Bundesgerichtsentscheide).

Der Beschwerdeführer bringt des Weiteren vor, dass allfällige Wechselwirkungen nicht berücksichtigt worden seien. Dem ist aber entgegenzuhalten, dass Dr. E.____ in seinem Bericht Wechselwirkungen ausgeschlossen hat. In seiner Stellungnahme zu den medizinischen Vorbringen in der Beschwerde hielt Dr. E.____ am 2. Juli 2018 fest, dass die Aktenlage in diesem Fall ausreichend sei, um auch die Wechselwirkungen der einzelnen Beschwerden, die zu einer Potenzierung der Einschränkungen und damit der Arbeitsunfähigkeit führen könnten, beurteilen zu können. Der RAD prüfe grundsätzlich und in jedem Fall, ob Wechselwirkungen bestehen würden. In diesem Fall bestünden keine Additionen oder Potenzierungen der Einschränkungen aus den verschiedenen Fachgebieten. So sei es nicht nur unwahrscheinlich, dass sich die be-

stehenden Rückenbeschwerden aufgrund „der pneumologischen bzw. kardiologischen Probleme bzw. einem geschwächten Herz-/Kreislaufsystem weit limitierender auswirken, als bei einer Person, die nur unter Rückenbeschwerden leidet“, sondern das sei schlichtweg nicht möglich. Die kardiale Leistungsfähigkeit sei so gut, dass man nicht von einem geschwächten Herz-/Kreislaufsystem sprechen könne. Die Frage nach dem Vorliegen allfälliger Wechselwirkungen wurde also von Dr. E.____ beurteilt und schlüssig und nachvollziehbar begründet verneint. Darauf kann abgestellt werden.

7.3 Sofern die vorhandenen medizinischen Berichte klar und schlüssig sind, gibt es auch keinen Anlass für die Anordnung einer polydisziplinären Begutachtung. Die vorliegenden Berichte in Bezug auf die somatischen Beschwerden des Versicherten sind schlüssig und umfassend. Zudem wurden sie von Dr. E.____ nachvollziehbar zusammengetragen und gewürdigt. Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin lediglich ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. C.____ in Auftrag gegeben hat. Der somatische Gesundheitszustand war bereits durch die Berichte der behandelnden Ärzte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Wie bereits ausgeführt, stützte sich Dr. E.____ ausserdem im Wesentlichen auf die bereits vorhandenen Berichte der behandelnden Ärzte, welche erfahrungsgemäss eher versichertenfreundlich bzw. zu Gunsten ihres Patienten aussagen.

7.4 Schliesslich ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Verfahrens keinerlei Berichte eingereicht hat, welche Zweifel an den Feststellungen von Dr. C.____ oder Dr. E.____ wecken könnten. Er bringt lediglich vor, dass aufgrund seiner verschiedenen Beschwerden ein polydisziplinäres Gutachten hätte angeordnet werden müssen. Inwiefern die Ausführungen und Schlussfolgerungen der bereits vorliegenden Berichte und des Gutachtens nicht den Tatsachen entsprechen würden, bringt der Versicherte nicht vor. Es wurden keine medizinischen Unterlagen eingereicht, welche einen verschlechterten Gesundheitszustand oder noch ungewürdigt gebliebene Leiden belegen würden.

7.5 Nicht einleuchtend erscheint einzig, weshalb Dr. C.____ die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht für die angestammte Tätigkeit zu 30%, in einer angepassten Tätigkeit hingegen lediglich zu 20% eingeschränkt betrachtet. Eine schlüssige Begründung diesbezüglich fehlt. Dennoch kann dies nicht ausreichen, um dem Gutachten die Beweiskraft abzusprechen. In der angestammten Tätigkeit kann der Beschwerdeführer ohnehin nicht mehr arbeiten, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die 20%ige Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit abgestellt hat. Anzuführen bleibt aber, dass selbst dann kein Anspruch auf eine IV-Rente bestünde, wenn man auf die 30%ige Einschränkung abstellen würde. Es würde ein IV-Grad von 31,6% resultieren.

8. Zu überprüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen. Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich wird vom Beschwerdeführer – zu Recht – nicht beanstandet. Der Vollständigkeit halber hinzuzufügen bleibt, dass selbst dann kein Anspruch auf eine Rente der IV resultierte, wenn man dem Versicherten vom Invalideneinkommen einen leidensbedingten Abzug in der Höhe von 10% – statt der von der Beschwerdegegnerin gewährten 5% – anrechnen würde. Würde man auf einen Leidensab-

zug von 10% und eine Arbeitsfähigkeit von 70% abstellen, ergäbe sich noch immer ein rentenausschliessender IV-Grad von 35%.

9. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. C.____ vom 30. November 2016 und in somatischer Hinsicht insbesondere auf den Bericht von Dr. E.____ vom 2. Februar 2017 abgestellt werden kann. Daraus folgt, dass dem Versicherten leidensangepasste Tätigkeiten im Umfang von 80% zumutbar sind. Der von der Beschwerdegegnerin gestützt darauf erfolgte Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung wurde korrekt durchgeführt. Im Ergebnis hat der Versicherte ab 1. Februar 2015 bis 30. Juni 2015 Anspruch auf eine befristete volle Rente der IV. Einen weitergehenden Rentenanspruch ab 1. Juli 2015 hat die IV-Stelle demgegenüber gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 22% zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

10. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor kantonalem Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Entsprechend dem Ausgang dieses Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- zu tragen. Diese werden mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen.

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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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