



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. April 2022 (720 21 280 / 74; 720 21 281 / 75)

Invalidenversicherung

Verwaltungsgutachten beweiskräftig; Anspruch auf eine Invalidenrente verneint

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Chris Bräutigam, Rechtsanwalt, Advokatur zum Schloss, Schlossgasse 1, 4102 Binningen

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1978 geborene A.____ arbeitete zuletzt bis April 2014 bei der Firma B.____ in X.____ als Landschaftsgärtner (Pensum 90 %). Am 4. März 2014 meldete er sich unter Hinweis auf unfallbedingte Rückenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die Verhältnisse abgeklärt hatte, sprach sie ihm vom 1. Januar 2015 bis 31. Mai 2015 eine ganze Invalidenrente zu (Verfügung vom 19. Oktober 2018). Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Chris Bräutigam, am 19. November 2018 Beschwerde beim Kantonsgesetzgebungsamt, Abteilung Sozial-

versicherungsrecht (Kantonsgericht; Verfahren 720 18 376). Nachdem die IV-Stelle die angefochtene Verfügung lite pendente zwecks Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen aufgehoben hatte, schrieb die instruierende Präsidentin des Kantonsgerichts das Beschwerdeverfahren infolge Gegenstandslosigkeit ab (Beschluss vom 16. Januar 2019). Am 16. Juli 2019 beauftragte die IV-Stelle Dr. med. C.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, mit einem Gutachten, welches am 31. Oktober 2019 erstattet wurde. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens holte sie sodann bei den behandelnden Ärzten des Spitals D.____ und des Spitals E.____ Erkundigungen ein. Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) sprach sie A.____ vom 1. Januar 2015 bis 31. Mai 2015 und vom 1. Oktober 2015 bis 30. April 2016 eine ganze Invalidenrente zu (Verfügung vom 12. August 2021). Gleichentags verfügte sie zu dieser Rente eine entsprechende Kinderrente.

B. Hiergegen erhob A.____, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Bräutigam, am 13. September 2021 zwei separate Beschwerden beim Kantonsgericht (Verfahren 720 21 280 und 720 21 281). Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerden seien die Verfügungen vom 12. August 2021 aufzuheben und es sei festzustellen, dass er mit Wirkung ab 1. Mai 2015 Anspruch auf eine unbefristete ganze Rente inkl. Kinderrente habe. Eventualiter sei zur Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit ein Gerichtsgutachten einzuholen, subeventualiter sei die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Rechtsanwalt Bräutigam als Rechtsvertreter. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass der Entscheid über seinen Leistungsanspruch auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe und die Bemessung der Invalidität nicht zutreffend erfolgt sei.

C. Mit Verfügung vom 17. September 2021 wurden die Verfahren 720 21 280 und 720 21 281 vereinigt.

D. Am 28. Oktober 2021 bewilligte die instruierende Präsidentin des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwalt Bräutigam als Rechtsvertreter.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 4. November 2021 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihren Ausführungen eine Beurteilung des RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungssystems, vom 1. Oktober 2021 bei.

F. Am 16. November 2021 zog das Kantonsgericht bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) die Akten des Versicherten bei.

G. Mit Instruktionsverfügung vom 25. November 2021 wurde die Angelegenheit der Dreierkammer zur Beurteilung überwiesen.

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 bilden zwei Verfügungen der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass 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 Beschwerden zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobenen Beschwerden vom 13. September 2021 ist demnach einzutreten.

2. Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtenen Verfügungen ergingen vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV sowie des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021 E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

3. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 12. August 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2).

4.1 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).

4.2 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). 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).

4.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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 (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (vgl. BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (vgl. BGE 128 V 29).

4.4 Gemäss Art. 35 Abs. 1 IVG i. V. m. Art. 22^{ter} Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) vom 20. Dezember 1946 haben Männer und Frauen, denen eine Invalidenrente zusteht, für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Kinderrente.

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

5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands 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 (vgl. BGE 132 V 93 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 anzu-

geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

5.4 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 AHI-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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt 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. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

6. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

7.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche für den vorliegenden Entscheid zentral sind.

7.2 Die IV-Stelle beauftragte Dr. C._____ mit einem rheumatologischen Gutachten. Am 31. Oktober 2019 diagnostizierte er mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung links. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Meralgia paraesthetica nocturna links, ein Status nach Handfraktur links, nach Kieferfraktur und nach arthroskopischer Knieoperation links. Der Versicherte habe am 28. Januar 2014 bei einer Drehbewegung eine akute Lumbago erlitten. In der Folge seien diverse Infiltrationen und am 17. September 2014 eine dorsale Spondylodese L5/S1 erfolgt. Postoperativ habe sich eine lokale Schädigung des sensiblen Nervus cutaneus femoris lateralis links gezeigt. Nach initial gutem Verlauf der lumbalen Schmerzen sei es zu einem Rückfall gekommen, weshalb am 13. Oktober 2015 erneut eine Spondylodese L5/S1 durchgeführt worden sei. In der Folge habe sich vorübergehend eine Besserung eingestellt. Am 31. August 2018 sei eine Osteosynthesematerial-Entfernung links mit posterolateraler Fusion L5/S1 beidseits durchgeführt worden. Diese sowie die nachfolgenden Infiltrationen hätten jedoch keine relevante Besserung gebracht. Aktuell schildere der Versicherte eine erhebliche chronisch-lumbale Schmerzsymptomatik und Schmerzen in etwa im Ausbreitungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis links. Im Unterschenkel seien die Schmerzen nur zeitweise vorhanden. Die klinische Untersuchung zeige keine radikuläre Problematik. Klinisch bestünde der Verdacht auf eine Instabilität. Diese lasse sich aber bildgebend nicht darstellen. Radiologisch sei keine Anschlussdegeneration ersichtlich. Es sei nicht möglich, eine klare organische Ursache der Schmerzsymptomatik zu bezeichnen, was aber nicht bedeute, dass kein Substrat bestünde, da operationsbedingte Läsionen von kleinen Nerven durchaus chronische Schmerzen auslösen könnten. Die Alltagsaktivitäten des Versicherten würden Tätigkeiten auf einem körperlich leichten Niveau entsprechen, wie dies auch bei einer entsprechenden Berufstätigkeit möglich wäre. So besorge er seinen Haushalt, reinige (in Etappen) seine Wohnung, kaufe leichte Sachen selbst ein, koche, spaziere, fahre Auto und pflege soziale Kontakte. Er gebe an, die meiste Zeit des Tages im Bett zu liegen, da er so am wenigsten Schmerzen habe. Klinisch würden sich jedoch keine Schonungszeichen der Muskulatur zeigen, weshalb von einem regelmässigen Einsatz der Muskulatur ohne relevante Behinderung auszugehen sei. In Bezug auf eine körperlich leichte Tätigkeit würden normale Ressourcen bestehen. Die bisherige Arbeit als Landschaftsgärtner sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Vermieden werden sollten zudem dauerndes Sitzen oder Stehen, Arbeiten in Zwangshaltungen, repetitives Vornüberbeugen oder Bücken sowie dauernde Überkopf-Arbeiten. Zudem sollten keine Gewichte über 7,5 kg gehoben, gestossen oder gezogen werden. In einer körperlich leichten Tätigkeit bestünde wegen der chronischen Schmerzsymptomatik ein erhöhter Pausenbedarf, weshalb die Arbeitsfähigkeit mit 80 % zu veranschlagen sei. Im zeitlichen Verlauf sei der Versicherte während der Hospitalisation im Spital G._____ vom 28. Januar 2014 bis 1. Februar 2014 vollständig und hernach bis 16. September 2014 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Zudem habe nach der ersten Operation vom 17. September 2014 bis 27. Februar 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Vom 28. Februar 2015 bis 12. Oktober 2015 sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszuge-

hen. Nach der zweiten Operation am 13. Oktober 2015 sei der Versicherte bis 31. Januar 2016 wiederum zu 100 % und danach bis 29. August 2018 zu 20 % arbeitsunfähig gewesen. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit habe sodann vom 30. August 2018 bis 30. November 2018 bestanden (3. Operation). Danach betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dauerhaft 20 %.

7.3 Der Versicherte unterzog sich im Spital D.____ einer Schmerzsprechstunde. Im Bericht vom 20. März 2020 diagnostizierte Prof. Dr. med. H.____, FMH Anästhesiologie, eine chronische Lumboischialgie links. Der Versicherte gebe an, dass die Schmerzen bereits durch geringe Aktivitäten massiv zunehmen würden. Seine Tagesstruktur sei weitgehend verloren gegangen und er zeige einen sozialen Rückzug. Es liege eine ausgeprägte Kinesiophobie und wahrscheinlich ein damit verbundenes katastrophierendes Denken vor. Zudem zeige er eine Abhängigkeit von seiner Opioidtherapie. Aufgrund der komplexen Vorgeschichte und den vielen gescheiterten Therapieversuchen sei eine stationäre Rehabilitation zu befürworten. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei der behandelnde Hausarzt oder ein Versicherungsmediziner zuständig. Die Behandlung sei vorläufig abgeschlossen.

7.4 Am 24. August 2020 fand im Spital E.____ eine interdisziplinäre Schmerzsprechstunde (Schmerztherapie, Allgemeine Innere Medizin, Psychosomatik) statt. Im Bericht vom 3. September 2020 diagnostizierten die behandelnden Ärzte ein chronisches therapierefraktäres lumbospondylogenes Schmerzsyndrom L5/S1 links und schmerztherapeutische Interventionen (anamnestisch alle ohne Effekt). Es bestünde eine chronisch lokalisierte muskuloskelettläre Schmerzerkrankung im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) mit belastungsabhängig verstärkten Schmerzen. Es zeige sich keine lokale Struktur, die schmerztherapeutisch angegangen werden könnte. Eine Indikation für ein stationäres Opioid-Entzugsprogramm bestünde aktuell nicht. Im Vorfeld müsse sicherlich das Krankheitsmodell des Versicherten besprochen werden. In diesem Zusammenhang sollte auch das im Jahr 2016 durchgeführte SPECT-CT diskutiert werden. Hier zeige sich zwar ein erhöhter Knochenstoffwechsel im Bereich der L5/S1. Bei zweimalig diagnostischer und therapeutischer Infiltrationen der Facettengelenke ohne jegliche Verbesserung sei die klinische Relevanz allerdings fraglich. Aus psychosomatischer Sicht liesse sich nach so langer Zeit wohl kaum ein somatisch-organischer Grund für die Schmerzen finden. Bemerkenswert sei, dass der Versicherte durch den Schmerz enorm eingeschränkt sei und durch ihn wie gebannt zu vollständiger Schonung gezwungen werde. Es sei anzunehmen, dass ein sekundärer Krankheitsgewinn bestünde. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde nicht vorgenommen.

7.5 Am 8. Oktober 2020 nahm der RAD-Arzt Dr. F.____ Stellung. Er hielt fest, dass die anhaltenden Schmerzen des Versicherten mit einem somatisch nicht begründbaren dysfunktionalen Schonverhalten einhergehen würden, wie es auch von Dr. C.____ beschrieben worden sei. Auch die Experten des Spitals E.____ hätten festgestellt, dass sich die Schmerzen kaum einer definierten somatisch-organischen Ursache zuordnen lassen würden. Der Gutachter habe die vorhandenen bildgebenden Unterlagen berücksichtigt. Die Tatsache, dass er trotz fehlendem organischem Korrelat einen mehr als betriebsüblichen Pausenbedarf von 20 % bejaht habe, sei zu Gunsten des Versicherten. Auf das Gutachten von Dr. C.____ vom 31. Oktober 2019 könne weiterhin abgestellt werden.

8.1 Die IV-Stelle stützte sich in der Verfügung vom 12. August 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf die Ergebnisse im Gutachten von Dr. C.____ vom 31. Oktober 2019. Sie ging demgemäss davon aus, dass der Versicherte vom 28. Januar 2014 bis 1. Februar 2014 zu 100 %, vom 2. Februar 2014 bis 16. September 2014 zu 50 %, vom 17. September 2014 bis 27. Februar 2015 zu 100 %, vom 28. Februar 2015 bis 12. Oktober 2015 zu 20 %, vom 13. Oktober 2015 bis 31. Januar 2016 zu 100 %, vom 1. Februar 2016 bis 29. August 2018 zu 20 %, vom 30. August 2018 bis 30. November 2018 zu 100 % arbeitsunfähig war und seit dem 1. Dezember 2018 zu 80 % arbeitsfähig ist. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 5.3 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten von Dr. C.____ vom 31. Oktober 2019 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Vielmehr erfüllt es sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Der Gutachter hatte Kenntnis von sämtlichen bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen, er setzte sich in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründete die Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. In inhaltlicher Hinsicht vermag sodann die Feststellung zu überzeugen, dass der Beschwerdeführer infolge der Hospitalisationen resp. im Nachgang zu den operativen Eingriffen vollständig resp. erheblich arbeitsunfähig war und sich hernach eine Besserung des Gesundheitszustands einstellte, die eine angepasste Arbeit im Umfang von 80 % erlaubte. Insgesamt bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1 mit Hinweis, in: SVR 2016 IV Nr. 53 S. 178) nicht lege artis erfolgt wäre. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 7.2) wiedergegebenen Darlegungen des Gutachters vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann.

8.2 Wenn der Beschwerdeführer einwendet, er sei entgegen der Ansicht von Dr. C.____ seit dem 28. Januar 2014 bis heute durchgehend vollständig arbeitsunfähig, kann ihm nicht gefolgt werden. So legt er nicht substantiiert dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass Dr. C.____ die medizinischen Vorakten unzutreffend gewürdigt oder Gesichtspunkte der behandelnden Ärzte nicht berücksichtigt hätte. Vielmehr steht seine Beurteilung mit den Angaben in den echtzeitlichen Berichten der behandelnden Ärzte Prof. Dr. I.____, FMH Neurochirurgie, und PD Dr. med. J.____, FMH Neurologie, insofern im Einklang, als diese jeweils einen unkomplizierten postoperativen Verlauf mit Schmerzurückgang beschrieben (vgl. Berichte vom 26. September 2014, 27. Februar 2015, 23. Oktober 2015 und 15. März 2016). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, aufgrund der Beurteilungen der behandelnden Ärzte des Spitals K.____ und des Spitals D.____ aus den Jahren 2014 bis 2018 sei von einer durchgehenden

vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, ist darauf hinzuweisen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Weiter ist zu beachten, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern der Gutachter – wie hier – lege artis vorgegangen ist. Der Beschwerdeführer legt nicht dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass aus den Berichten der behandelnden Ärzte des Spitals K.____ und des Spitals D.____ aus den Jahren 2014 bis 2018 Gesichtspunkte hervorgingen, die von Dr. C.____ nicht berücksichtigt worden wären oder dessen Zumutbarkeitsbeurteilung als offensichtlich unzutreffend erscheinen liessen. Vielmehr differenzierte er zwischen den subjektiv empfundenen Beschwerden und den geltend gemachten Einschränkungen im Alltag einerseits und den objektiv feststellbaren Befunden andererseits. Er erkannte als Schmerzursache zwar kein eindeutiges organisches Substrat, erachtete aber operationsbedingte Läsionen von kleinen Nerven, welche die chronischen Schmerzen erklären, als möglichen Auslöser dafür. Der Schmerzsituation trug er sodann insofern Rechnung, als er wegen eines erhöhten Pausenbedarfs auch für angepasste Tätigkeiten eine leichte Leistungseinschränkung von 20 % attestierte. Insgesamt ergibt die gutachterliche Einschätzung auch hinsichtlich der beschriebenen Inkonsistenzen (keine Schonungszeichen der Muskulatur, obwohl der Versicherte angibt, die meiste Zeit des Tages im Bett zu liegen) ein schlüssiges Bild zum Gesundheitszustand und der daraus resultierenden Leistungsfähigkeit. Demnach sind die soziale Zurückgezogenheit und das eher tiefe Aktivitätsniveau nicht krankheitsbedingt und invalidenversicherungsrechtlich deshalb nicht relevant. Daran vermag die abweichende eigene Einschätzung des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Bei dieser Sachlage besteht weder Anlass, an der Zumutbarkeitsbeurteilung des Gutachters zu zweifeln, noch ein weiterer Abklärungsbedarf zur Schmerzursache. Letzteres gilt umso mehr, als für die Belange der Invalidenversicherung nicht die Diagnose, sondern die Auswirkungen des fachärztlich festgestellten Leidens auf die Arbeitsfähigkeit massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 9C_184/2019, E. 4.2). Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was darauf schliessen lassen könnte, dass die gutachterliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit unzutreffend wäre oder sich zwischenzeitlich eine massgebliche Verschlechterung der Leistungsfähigkeit eingestellt hätte, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragte zusätzliche Abklärung verzichtet werden kann. Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf die Ergebnisse im Gutachten von Dr. C.____ vom 31. Oktober 2019 davon ausgegangen ist, dass dieser im hier zu beurteilenden Zeitraum mit Ausnahme abklärungs- und operationsbedingt höherer Arbeitsunfähigkeiten eine Verweistätigkeit im Umfang von 80 % ausüben könnte.

9.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die von der IV-Stelle vorge-

nommene Bemessung des Valideneinkommens aufgrund der Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin und des Invalideneinkommens aufgrund der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BfS) hat der Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung der Vergleichseinkommen vorzunehmen wäre, erübrigt sich eine detaillierte Darstellung der Berechnung.

9.2 Der Beschwerdeführer verlangt aber eine leidensbedingte Reduktion des LSE-Tabellenlohns von 20 %. Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2017, 8C_114/2017, E. 3.1). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2). 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 der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten abstützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näher liegend erscheinen lassen (vgl. BGE 126 V 81 E. 6 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3).

9.3 Aus dem Gutachten der Dr. C. ____ vom 31. Oktober 2019 ergibt sich, dass der Versicherte in einer angepassten Verweistätigkeit im Umfang von 80 % arbeitsfähig war, wobei ein zusätzlicher Pausenbedarf von 20 % berücksichtigt wurde. Die Tatsache allein, dass dem Versicherten nur noch körperlich angepasste Arbeiten zumutbar sind, stellt aber auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit keinen Grund für einen Abzug dar, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl solcher Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 22. März 2017, 8C_805/2016, E. 3.4.2 und vom 16. Juli 2014, 8C_97/2014, E. 4.2). Ferner ist nicht ersichtlich, dass körperliche Limitierungen bestehen, die nicht bereits im gutachterlichen Anforderungs- und Belastungsprofil enthalten sind. Insbesondere darf der Umstand, dass der Beschwerdeführer einen höheren Pausenbedarf hat, nicht durch einen Abzug vom Tabellenlohn und damit doppelt berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2017, 9C_264/2016, E. 5.2.2). Die weiteren Kriterien (Alter, Dienstjahre, Beschäftigungsgrad und Nationalität/Aufenthaltskategorie) rechtfertigen vorliegend ebenfalls keinen Abzug. Daher erscheint der von der IV-Stelle gewährte Abzug vom Tabellenlohn von 5 % eher grosszügig. Er liegt aber dennoch innerhalb des Ermessensspielraums, welcher der Beschwerde-

gegnerin offenstand. Bei dieser Sachlage besteht für das Gericht kein Anlass, in ihr Ermessen einzugreifen.

10. Nach dem Gesagten ist die IV-Stelle gestützt auf die Ergebnisse im Gutachten von Dr. C._____ vom 31. Oktober 2019 zu Recht davon ausgegangen, dass der Versicherte – mit Ausnahme von Zeiten vorübergehender höherer Arbeitsunfähigkeit – eine Verweistätigkeit im Umfang von 80 % ausüben könnte. Die vorinstanzliche Bemessung der Invalidität ist nicht zu beanstanden. Demnach hat der Beschwerdeführer vom 1. Januar 2015 bis 31. Mai 2015 und vom 1. Oktober 2015 bis 30. April 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (inkl. entsprechender Kinderrente). Ein weitergehender Rentenanspruch besteht nicht. Die angefochtenen Verfügungen vom 12. August 2021 sind im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobenen Beschwerden deshalb abzuweisen.

11.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend unterliegt der Beschwerdeführer, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 28. Oktober 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden.

11.2 Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht ausgerichtet. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 28. Oktober 2021 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 8. Dezember 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 17,2 Stunden geltend gemacht. Dieser Aufwand ist in verschiedener Hinsicht zu hoch. Vorab sind die noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung ergangenen Bemühungen für das verwaltungsinterne Einwandverfahren in Abzug zu bringen, woraus ein Zeitaufwand von 9,95 Stunden resultiert. Bei der Bemessung der Entschädigung an den unentgeltlichen Rechtsvertreter ist sodann dem Umstand Rechnung zu tragen, dass rund die Hälfte der 17-seitigen Beschwerdeschrift eine Zusammenfassung der Akten resp. in weiten Teilen kopierte Passagen aus der Beschwerdeschrift vom 19. November 2018 (Verfahren 720 18 376) beinhaltet, die aber bereits in jenem Verfahren abgegolten worden sind. In Anbetracht dessen erweist sich der vorliegend geltend gemachte Aufwand für das Beschwerdeverfahren als zu hoch, weshalb die Tarifposten vom 12. und 14. September 2021 (Aktenstudium [3,5 Stunden] / Finalisierung Eingabe [4 Stunden]) um die Hälfte auf insgesamt 3,75 Stunden gekürzt werden. Für das vorliegende Verfahren ist demnach eine Entschädigung von Fr. 1'352.70 (6,2 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich

Auslagen von Fr. 16.-- [zwei Beschwerden] und 7,7 % Mehrwertsteuer) gerechtfertigt. Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wird deshalb ein Honorar in dieser Höhe aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerden werden abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Dem Beschwerdeführer wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'352.70 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse bezahlt.

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