

Schmerzen beim Gehen und Tragen von Gegenständen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) nahm Abklärungen vor und liess medizinisch abklären, wie der Versicherte im Betrieb eingesetzt werden könne, ohne dass er sich körperlich übermässig belaste. Am 24. Juni 2011 meldete sich A.____ erneut bei der IV an, wobei es sich aber nicht um eine eigentliche Neuanmeldung handelte, sondern um ein Gesuch zur Kostenübernahme von konkreten Weiterbildungskursen, die der Versicherte besuchen wollte. Die IV-Stelle sprach mit Mitteilungen vom 19. Juli und 31. Oktober 2011 Frühinterventionsmassnahmen in Form von Ausbildungskursen für die Zeit vom 3. November 2011 bis 26. April 2012 im Hinblick auf die Ausübung einer angepassten Erwerbstätigkeit zu. Ziel war, A.____ gezielt ausbildungsmässig zu unterstützen, damit er die entsprechenden Kenntnisse in Informatik und kaufmännischem Wissen, Buchhaltung und Kalkulation erwerben könne, um im Familienbetrieb für körperlich leichtere Arbeiten eingesetzt werden zu können. Einen Anspruch auf Umschulung lehnte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 8. Dezember 2011 ab. Des Weiteren hat die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. März 2012 auch einen Rentenanspruch gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 0 % abgelehnt. Am 2. Juni 2015 meldete sich A.____ erneut bei der Invalidenversicherung an. Er gab an, an Problemen mit den Hüften und dem linken Sprunggelenk zu leiden. Mit Verfügung vom 23. September 2016 wies die IV-Stelle auch dieses Leistungsbegehren ab.

Mit Schreiben vom 23. Mai 2017 meldete sich A.____ unter Hinweis auf chronische Schmerzen im Beckenboden seit September 2016 erneut zum Leistungsbezug bei der IV an. Nach Vornahme der gesundheitlichen und erwerblichen Abklärungen und Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 11. Juni 2019 die Ausrichtung einer IV-Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 6 % ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Daniel Altermatt, mit Schreiben vom 15. August 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei eine gerichtliche medizinische Begutachtung des Beschwerdeführers anzuordnen, welche die Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beantworten solle. Des Weiteren sei dem Beschwerdeführer auf den frühestmöglichen Zeitpunkt eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen; unter o/e-Kostenfolge.

C. Mit Vernehmlassung vom 26. September 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen.

D. Nach dem Beizug der Akten des Krankentaggeldversicherers Y.____ AG hielten die Parteien mit Replik vom 19. Februar 2020 bzw. Duplik vom 25. März 2020 an ihren Rechtsbegehren 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 grundsätzlich einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 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).

3.1 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.

3.2 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 Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 20 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

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

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

5.1 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.2 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). 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.

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen, zu welchen Berichte des regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) gehören, 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). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit dem Beweiswert von externen medizinischen Sachverständigengutachten (BGE 125 V 351 E. 3b/bb) vergleichbar, wenn sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174, 9C_323/2009 E. 4.3.2). Die IV-Stellen werden aber stets externe Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet sowie wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können. Dasselbe gilt, wenn zwischen RAD-Bericht und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen (vgl. SVR 2007 IV Nr. 33 S. 117, I 738/05 E. 5.2) beruht (BGE 137 V 210, E. 1.2.1).

6.1 Vorweg gilt es festzuhalten, dass es sich im vorliegenden Verfahren nicht um eine erstmalige Anmeldung, sondern um eine Neuanschuldung nach rechtskräftiger Rentenablehnung mittels Verfügung vom 8. März 2012 handelt. Tritt die IV-Stelle auf die Neuanschuldung ein, so hat sie – und im Beschwerdefall das Gericht – analog zu einer Rentenrevison zu prüfen, ob sich seit der letzten Verfügung eine tatsächliche Veränderung in einer für den Anspruch erheblichen Weise effektiv nachweisen lässt. Massgebend ist damit folglich die Frage, ob sich in der Zeit zwischen der rentenablehnenden Verfügung vom 8. März 2012 und der vorliegend angefochtenen Ablehnungsverfügung vom 11. Juni 2019 eine erhebliche Änderung des Sachverhalts ergeben hat.

6.2 Die erhebliche Änderung des Sachverhalts ist vorliegend offensichtlich. Nach der rentenablehnenden Verfügung aus dem Jahr 2012 hat sich der Versicherte am 25. Juli 2014 und

19. Juni 2015 einer Hüftarthroskopie rechts und links mit Einsetzung einer Totalprothese unterzogen. Nachdem diese Eingriffe gute Erfolge gezeigt haben, die Hüftproblematik also behoben war, hat er ausgehend von Schmerzen in der Beckenregion und lumbal eine Gangunsicherheit entwickelt, war zunehmend auf Gehstöcke und dann auf den Rollstuhl angewiesen. Im Vergleich mit dem Gesundheitszustand zur Zeit der ersten rentenablehnenden Verfügung aus dem Jahr 2012 ist also eine Veränderung des Gesundheitszustandes zu bejahen.

7. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Unterlagen vor:

7.1 Im Austrittsbericht der D.____-Klinik vom 13. Juni 2017 (Aufenthalt vom 8. Mai - 3. Juni 2017) wird unter anderem ein Verdacht auf eine psychogene Ausweitung neuropathischer Schmerzen lumbosakral sowie eine Exazerbation eines chronischen Lumbovertebralsyndroms mit Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert.

7.2 Mit Schreiben vom 30. August 2017 berichtet die behandelnde Psychologin E.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, über den Versicherten. Er habe sich bei ihr im März 2017 gemeldet, da er aufgrund einer erblichen Vorbelastung an Coxarthrose leide. Im Oktober 2014 bzw. im Juni 2015 sei eine Hüft-TEP-Implantation rechts bzw. links vorgenommen worden. Im Sommer 2016 hätten sich Schmerzen lumbosakral und im Bereich des Penischafts manifestiert. Die durchgeführten Untersuchungen hätten jedoch keine Ursache finden können. Die Schmerzen seien unter Belastung so stark, dass er sich nur mühsam bewegen könne und seinen Aufgaben als selbständiger Unternehmer in der Baubranche nicht nachgehen könne, was zu familiären Schwierigkeiten geführt habe. Vom 8. Mai bis 3. Juni 2017 sei er in der D.____-Klinik gewesen und habe körperlich vom Aufenthalt profitieren können. Dies habe sich auch positiv auf seine psychische Verfassung ausgewirkt. Nach seiner Rückkehr habe er realisiert, dass sein Umfeld zu einer Verschlechterung seiner Gesamtsituation geführt habe. Aus diesem Grund habe er sich eine weitere Auszeit ohne Termine und Abklärungen fern vom Geschäft genommen, damit er sich ganz auf seine Heilung bzw. die Verbesserung seiner Schmerzsituation konzentrieren könne, um sich anschliessend mit seiner beruflichen Zukunft auseinandersetzen zu können. Die letzte Therapiestunde habe im Juni 2017 stattgefunden. Eine psychiatrische Diagnose wird nicht gestellt.

7.3 Am 14. Dezember 2017 bzw. am 12. März 2018 ergeht ein bidisziplinäres psychiatrisch-rheumatologisches Gutachten von Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. G.____, FMH Rheumatologie und FMH Innere Medizin, zu Händen der Invalidenversicherung.

7.3.1 Dr. G.____ stellt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Dezember 2017 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert er eine Schmerzverarbeitungsstörung. Eine somatoforme Schmerzstörung schliesst Dr. F.____ aus. Zur Begründung gibt er an, dass keine klaren Hinweise auf wesentliche psychosoziale Belastungen im Vorfeld der Schmerzverarbeitungsstörung gefunden werden konnten. Der Versicherte sei im Alltag nicht durch eine psychiatrische Störung beeinträchtigt. In der bisherigen

Tätigkeit wie auch in einer anderen beruflichen Tätigkeit sei er aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig.

7.3.2 Dr. G.____ gibt in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 12. März 2018 einen Status nach Hüft-Arthroskopie rechts am 25. Juli 2014, nach Hüft-Totalprothese rechts bei Coxarthrose am 17. Oktober 2014 und nach Hüft-Totalprothese links bei Coxarthrose am 19. Juni 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führt er unter anderem ein chronisches Schmerzsyndrom der Beckenregion ohne Nachweis einer organischen Ursache, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Bandscheibenprotrusionen ohne Neurokompression und normalem Plexus lumbalis sowie eine beginnende OSG-Arthrose links an. Er hält fest, dass bis heute keine organische Ursache der Schmerzsymptomatik, welche innerhalb der letzten 1 ½ Jahre vor der Begutachtung zu einer zunehmenden Immobilisierung geführt haben könnte, habe gefunden werden können. So habe sich das Bild von "Mensch mit normalem freiem Gangbild ohne jegliche Behinderung, über den Menschen mit Stockgebrauch bis schliesslich zum Menschen vorwiegend im Rollstuhl mit nur noch kurzen Gehstrecken" verändert. Das Schmerzsyndrom müsse heute auf psychogener Basis gesehen werden und wenn er sich als Gutachter an den organischen Befunden orientiere, seien es die Hüft-Totalprothesen, die zu Einschränkungen führen würden. Als Schreiner, Bauarbeiter und Polier müsse körperliche Schwerarbeit geleistet werden und diese sei nicht mehr zumutbar. In der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer eines Baugeschäfts, die als körperlich leicht zu qualifizieren sei, mit vorwiegend Büroarbeiten und gelegentlichen Besuchen auf einer Baustelle, bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch in jeder anderen körperlich leichten Tätigkeit, bei welcher nicht über zehn Kilo gehoben, gestossen oder gezogen, nicht dauernd in Zwangsstellung, wie dauernd vornüber gebeugt, repetitiv gebückt oder überkopf gearbeitet werden müsse, bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Ganztagespensum, wenn die Möglichkeit bestehe, vorwiegend zu sitzen im Wechsel mit Gehen.

Bei der Untersuchung ist dem Gutachter aufgefallen, dass das Gangbild normal gewesen sei, kein Schonhinken bestanden habe und das Gehen auch ohne Stöcke problemlos und ohne Unsicherheiten möglich gewesen sei. Es habe auch keine muskuläre Atrophie der Ober- oder Unterschenkel bestanden und auch die Muskulatur der unteren Extremitäten sei normal ausgebildet.

7.4 Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstellt zu Handen der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers am 9. Januar 2018 ein fachvertrauliches Gutachten. Dr. H.____ diagnostiziert eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Gemäss dem Versicherten würden sich die Schmerzen generell bei Bewegung verschlimmern. Je mehr er liege und die Beine hochlagere, desto besser werde es. Seit drei Wochen benutze er nebst den Krücken einen Rollstuhl. Momentan könne er sich nicht vorstellen, irgendeine Tätigkeit im Baugeschäft zu übernehmen. Nach einer halben Stunde sitzen habe er so starke Schmerzen, dass er sich nicht mehr konzentrieren könne. Er habe auch versucht, eine stehende Tätigkeit auszuführen, dies sei aber zu schmerzhaft. Er könne sich im Moment auch nicht vorstellen, irgendeine andere Arbeit auszuführen, ausser es gebe etwas, das er im Bett liegend machen könnte. Objektiv liessen sich die Schmerzen natürlich nicht quantifizieren. Für den hohen Leidensdruck spreche sicherlich die

hohe Inanspruchnahme von Therapien und Medikamenten. Wie bei somatoformen Schmerzstörungen typisch sei die Folge der Schmerzen eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. Die funktionellen Einschränkungen im gesamten Alltag des Patienten würden von ihm konsistent als so schwerwiegend beschrieben, dass momentan eine Ausübung der letzten Tätigkeit als Geschäftsführer eines Baugeschäfts nicht möglich sei. Aktuell könne sich der Versicherte selbst nur eine Tätigkeit vorstellen, die er im Bett liegend ausführen könnte.

8. Die IV-Stelle hat sich zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. F.____ und Dr. G.____ gestützt und dementsprechend den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

8.1 Dr. G.____ hat sich umfassend mit den Voruntersuchungen auseinandergesetzt und auch selber noch weitere Abklärungen veranlasst. Er hat auf breiter Ebene nach den Schmerzursachen gesucht, ist aber nicht fündig geworden. Er konnte keine organische Ursache der Schmerzsymptomatik mehr finden, welche innerhalb der letzten 1 ½ Jahre vor der Begutachtung zu der zunehmenden Immobilisierung geführt haben könnte. Zu den Abklärungen der behandelnden Ärzte besteht keine Diskrepanz. Der Versicherte hat sich auf der Suche nach der Schmerzursache umfassend abklären lassen. Unter anderem ist eine Blasenspiegelung ohne Pathologie durchgeführt worden, weitere Abklärungen in der D.____-Klinik erfolgten wegen eines schwachen Schliessmuskels, analer Schmerzen und Sensibilität im linken Bein. Die Lendenwirbelsäule wurde in der spinalen Chirurgie abgeklärt, ohne dass sich eine Pathologie gezeigt hätte und auch die Hüftgelenke wurden nach dem Einsetzen der Totalprothese geröntgt. Es wurde eine ruhige Implantatlage festgestellt und ausgeschlossen, dass die Probleme im Zusammenhang mit den Hüftprothesen stehen könnten. Weder orthopädisch, neurologisch, noch urologisch haben die fachärztlichen Abklärungen eine organische Ursache ergeben. Auch von den Spezialärzten ist eine psychogene Schmerzursache, bzw. eine Schmerzverarbeitungsstörung angegeben worden. Insbesondere ist im Austrittsbericht der D.____-Klinik vom 13. Juni 2017 ein Verdacht auf eine psychogene Ausweitung neuropathischer Schmerzen lumbosakral sowie eine Exazerbation eines chronischen Lumbovertebralsyndroms mit Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert worden. Die bildgebenden Aufnahmen, insbesondere auch der MRT-Befund des Beckens vom 16. März 2017, sind von Dr. G.____ ebenfalls beigezogen und besprochen worden, ohne dass er darin Auffälligkeiten gefunden hätte, die die Schmerzen erklären könnten. Das von der Schmerzlinik im nachgereichten Bericht vom 3. September 2019 vermutete Knochenmarksödem im MRT von 2017 ist weder im Originalbefund noch von Dr. G.____ beschrieben worden. Die neuropathischen Schmerzen, die als Verdachtsdiagnose vereinzelt genannt worden sind, konnten durch umfangreiche Untersuchungen nicht objektiviert werden. Auch der erwähnte Austrittsbericht der Schmerzlinik vom 3. September 2019 ändert daran nichts. Klinisch ist dort die deutliche Dekonditionierung im Vordergrund gestanden. Eine Myelopathie oder Radikulopathie konnte nicht objektiviert werden. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, dass er sich einen Neurostimulator habe einsetzen lassen, der subjektiv zu einer leichten Verbesserung der Symptomatik geführt habe, ist entgegen seiner Ansicht kein Nachweis für eine organische Ursache der Schmerzen. Auch der weitere Einwand des Beschwerdeführers, Dr. G.____ sei nicht bekannt gewesen, dass er im Jahr 2016 einen Motorradunfall gehabt habe, trifft nicht zu. Dr. G.____ hat

aus den medizinischen Vorakten gesehen und auch darauf hingewiesen, dass sich der Versicherte bei einem Motorradunfall im Sommer 2016 in Z.____ multiple Schürfwunden zugezogen habe. Das Gutachten von Dr. G.____ und damit auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sind schlüssig und nachvollziehbar, sodass darauf abgestellt werden kann.

8.2 In psychiatrischer Hinsicht gelangt Dr. F.____ in seinem Gutachten vom 14. Dezember 2017 zum Schluss, dass der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig sei. Im Gegensatz dazu vertritt Dr. H.____ in seinem Gutachten vom 9. Januar 2018 die Auffassung, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung zu 100 % arbeitsunfähig sei. Allerdings konnte Dr. H.____ die Kriterien, die für eine solche Diagnose vorhanden sein müssen, nicht wirklich klären. Vielmehr ist die Diagnose so zu verstehen, dass er sie nicht als ausgeschlossen hält. Im Gegensatz zu Dr. Geschwind konnte Dr. F.____ bei seinen Untersuchungen auf die umfassenden medizinischen Akten zugreifen und er hat insbesondere auch die somatischen Befunde gekannt. Aus dem Gutachten von Dr. H.____ geht nicht hervor, welche Akten ihm zur Verfügung gestanden sind. Ausgeschlossen ist aber jedenfalls, dass er über das sehr ausführliche, umfassende Gutachten von Dr. G.____ verfügt hat, welches erst später erstellt wurde. Eine depressive Erkrankung hat Dr. Geschwind allein schon aufgrund seiner Exploration ausschliessen können. Gestützt auf die nicht gesicherte Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, vor allem aber gestützt auf die vom Versicherten selber beschriebenen Einschränkungen, wonach sich die Schmerzen generell bei Bewegung verschlimmern würden und es ihm besser gehe, je mehr er liege und die Beine hochlagere, schliesst Dr. H.____ darauf, dass momentan die Ausübung der letzten Tätigkeit als Geschäftsführer eines Baugeschäfts nicht möglich sei. Auf die Frage, welche Leistungsfähigkeit er bei der versicherten Person für eine leidensangepasste Tätigkeit feststellen könne, schreibt er: "Aktuell kann sich Herr A.____ selbst nur eine Tätigkeit vorstellen, die er im Bett liegend ausführen könnte." Also hat sich Dr. H.____ in seiner Funktion als Gutachter gar nicht selbst zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit geäussert. Er stellt allein auf die subjektive Einschätzung des Versicherten ab. Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, Dr. H.____ spreche davon, dass die funktionellen Einschränkungen im gesamten Alltag vom Patienten konsistent als so schwerwiegend beschrieben würden, dass momentan eine Ausübung der letzten Tätigkeit als Geschäftsführer eines Baugeschäfts nicht möglich sei. Diese Aussage steht allerdings nicht in Diskrepanz zum Gutachten von Dr. F.____. Denn der Beschwerdeführer hat auch Dr. F.____ gegenüber angegeben, dass er sich selbst nicht als arbeitsfähig einschätze. Invalidenversicherungsrechtlich relevant ist allerdings nicht diese Selbsteinschätzung des Versicherten, sondern die objektivierte fachmedizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Für die Beantwortung dieser Frage liefert das Gutachten von Dr. F.____ zusammen mit dem Gutachten von Dr. G.____ eine verlässliche Grundlage. Es hat eine Konsensbesprechung unter den Gutachtern stattgefunden mit dem Resultat, dass in einer körperlich leichten Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Unerklärliche Abweichungen zu den Berichten der in die Behandlung involvierten Fachpersonen existieren nicht. Im Gegenteil wurde der Versicherte sehr umfassend abgeklärt und es wurden keine organischen Schmerzursachen gefunden. Ein psychiatrisches Leiden mit Krankheitswert konnte, abgesehen von der Schmerzverarbeitungsstörung, die nachvollziehbar keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nach sich zieht, ausgeschlossen werden.

9. Auf der Basis dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vorliegt, resultiert jedenfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, auch wenn der von der IV-Stelle vorgenommene Einkommensvergleich gewisse Fragen aufwirft. So geht die IV-Stelle von einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 95'550.-- pro Jahr aus, was nicht nachvollziehbar ist, da der Beschwerdeführer gemäss IK-Auszug im Familienbetrieb nie ein solches Einkommen erzielt hat. Die Einkommen haben zwischen Fr. 35'000.-- und einmalig im Jahr 2016 Fr. 82'000.-- geschwankt. Bezüglich Invalideneinkommen stellt sich die Frage nach dem richtigen Kompetenzniveau und fraglich ist auch, ob ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Selbst wenn man aber das Valideneinkommen zu Gunsten des Versicherten bei Fr. 95'550.-- belassen und für das Invalideneinkommen vom Kompetenzniveau 2 ausgehen sowie zusätzlich einen leidensbedingten Abzug von 10 % berücksichtigen würde, würde sich kein mindestens 40%iger Invaliditätsgrad ergeben. Das Invalideneinkommen würde im Kompetenzniveau 2 mit praktischen Tätigkeiten wie Verkauf, Pflege, Datenverarbeitung und Administration, Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten, Sicherheitsdienst, Fahrdienst, Fr. 70'669.-- betragen. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 63'602.10. Stellt man dieses Einkommen dem von der IV-Stelle angenommenen Valideneinkommen von Fr. 95'550.-- gegenüber, resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 33 %.

10. Zusammenfassend ergibt sich, dass aus medizinischer Sicht auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. F. ____ und G. ____ abgestellt werden kann und demzufolge von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist. Gestützt darauf ergibt ein Einkommensvergleich keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad. Die IV-Stelle hat folglich einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint, weshalb die vorliegende Beschwerde abzuweisen ist.

11. 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.-- - Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Dem Prozessausgang 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 Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Gegen diesen Entscheid hat der Beschwerdeführer am 2. November 2020 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. [8C 682/2020](#)) erhoben.

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