

BL_GERICHTE 120 22 262 / 151 vom 16. Januar 2020

BL Gerichte, 2020-01-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_120_22_262___151

FR: BL_GERICHTE 120 22 262 / 151 du 16 janvier 2020

IT: BL_GERICHTE 120 22 262 / 151 del 16 gennaio 2020

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 15. September 2022 ist demnach einzutreten.

E. 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 angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung der Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2022 Anwendung. Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 betrifft, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009). Die Bestimmungen werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet. 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 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).

3.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

3.4 Gemäss 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.

3.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungsoder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

4.1 Um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person beurteilen zu können, ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und

bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 4.2 Sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigengutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Demgegenüber kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zwar nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, praxisgemäss haben sie aber nicht dieselbe Beweiskraft wie ein gerichtliches oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.3, 135 V 465 E. 4.4 und 4.7). 5.1. Zu prüfen ist, ob das polydisziplinäre Gutachten der MGSG vom 21. Juli 2021 den Beweisanforderungen gerecht wird. Der Beschwerdeführer erachtet das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. C. vom 7. Juli 2021 sowie das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. D. vom 18. Juli 2021 als ungenügend. 5.2 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter der MGSG als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf leichte degenerative Veränderungen des unteren Sprunggelenkes bei Status nach Osteosynthese einer Calcaneustrümmerfraktur 5/2013 mit belastungsbetonten Schmerzen im linken Rückfuss sowie eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0). 5.3 Dr. C. führte im orthopädischen Teilgutachten vom 7. Juli 2021 aus, dass das Ausmass der Schmerzen im linken Rückfuss mit den Bildern der Magnetresonanztomographie (MRT) vom 1. Juli 2021 nur ungenügend erklärt werden könne. Auf den Bildern seien keine wesentlichen pathologischen Befunde erkennbar. Allerdings sei in der Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) vom 14. Februar 2014, welche von Dr. med. E., FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, angeordnet worden sei, eine aktivierte Arthrose im Bereich des unteren Sprunggelenkes zu sehen. Demgegenüber seien in der aktuell durchgeführten MRT keine wesentlichen Knorpelschäden sichtbar und es stelle sich die Frage, welche Untersuchung nun korrekt sei. Auffällig sei, dass die Tests der Achillessehne, der Tibialis posterior Sehne und der Peronealsehne links unauffällig gewesen seien, aber vom Versicherten eine deutliche Druckdolenz sämtlicher Sehnen angegeben werde. Hinweise auf eine Peritendinitis (Entzündung der Sehnenscheide) hätten die MRT-Bilder ebenfalls keine geliefert. Falls eine Arthrose vorliege, komme es diesbezüglich nicht zu einer Heilung. Die Beurteilung des Knorpels sei mittels MRT präziser als mit einer SPECT, wobei im vorliegenden Fall das Osteosynthesematerial zu einer gewissen Beeinträchtigung der Bildqualität der MRT führe und deshalb eine leichte Chondropathie (Knorpelschaden) letztlich nicht ausgeschlossen werden könne. Anlässlich seiner Begutachtung im Jahr 2018 im Rahmen des Unfallversicherungsverfahrens der Suva habe Dr. B. keine bildgebende Untersuchung veranlasst. Seine Diagnose einer subtalaren posttraumatischen Arthrose links

basiere somit wahrscheinlich auf der von Dr. E. veranlassten SPECT vom 14. Februar 2014. Nachdem in der aktuellen MRT keine wesentliche Knorpelläsion sichtbar sei, könne er sich der Beurteilung von Dr. B. , dass "jeglicher Stand und Gang über mittlere bis längere Zeitintervalle nicht toleriert würden" nicht anschliessen. Hingegen sei ihm hinsichtlich der attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden Tätigkeit grundsätzlich beizupflichten. Diesbezüglich führte Dr. C. detaillierter aus, dass im Rahmen der postoperativen Rehabilitation von Mai 2013 bis Oktober 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Seit November 2013 betrage die Arbeitsfähigkeit als Bauhilfsarbeiter 75 % für körperlich mittel- schwere bis schwere, vorwiegend stehende und gehende Tätigkeiten, welche häufig auf unebenem Boden und in kalter und feuchter Umgebung stattfänden. Für adaptierte, leichte und vorwiegend sitzende Tätigkeiten sei der Versicherte seit November 2013 zu 100 % arbeitsfähig. 5.4 In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dr. D. in seinem Teilgutachten vom 18. Juli 2021 neben einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit histrionischen und narzisstischen Zügen (ICD-10: F73). Im Gegensatz zur leichten depressiven Episode hätten die Diagnosen der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie die Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit histrionischen und narzisstischen Zügen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte habe ab Februar 2020 eine depressive Störung entwickelt, die erstmals von seinem behandelnden Psychiater, Dr. med. F. , diagnostiziert worden sei. Die Beurteilung der Depressivität werde erschwert durch die starke Verdeutlichungstendenz des Versicherten, den "gesundheitlichen Defekt zur Kenntnis zu bringen und Anerkennung für die erlebten Einschränkungen zu erzwingen", was zu übertrieben wirkenden emotionalen Ausbrüchen und theatralischen Inszenierungen führe. Im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung hätten objektiv die Symptome einer leichten depressiven Episode erhoben werden können. Des Weiteren liege eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor, die überwiegend wahrscheinlich erst im Oktober 2020 aufgetreten sei, zumal der behandelnde Psychiater in seinem Bericht vom 29. September 2020 keine solche Störung genannt habe. Ein weiter zurückliegender Beginn könne aber nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Anamnestisch und nach Aktenlage bestehe eine erklärungsbedürftige Latenz zwischen der traumatisch erlebten Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2013 und dem Auftreten der krankheitswerten depressiven Symptome im Jahr 2020. Theoretisch sei nicht auszuschliessen, dass die psychiatrische Symptomatik erst so spät erkannt worden sei, weil der Fokus lange auf den körperlichen Einschränkungen gelegen habe. Die Anmerkung von Dr. B. in seinem orthopädischen Gutachten vom 27. Juni 2018, der Versicherte leide unter einer "reaktiven, depressiven Verstimmung", könnte als Hinweis in diese Richtung verstanden werden. Auch dürfte die – möglicherweise kulturell mitbedingte – Schwelle zur Inanspruchnahme psychiatrischpsychotherapeutischer Hilfe für den Versicherten hoch gewesen sein. Schliesslich liege eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit histrionischen und narzisstischen Zügen vor. Der Versicherte verfüge über ausgeprägte theatralische Fähigkeiten, die er während der gutachterlichen Untersuchung eingesetzt habe. Es sei durchaus möglich, dass er die Einschränkungen infolge der Verletzung am linken Fuss als eine "narzisstische Kränkung" erlebe, die er auch im Zeitpunkt der Untersuchung nicht habe überwinden können. Die von Dr. F. in seinen Berichten vom 3. August 2020 und 29. September 2020 festgestellte mittelgradige depressive Episode könne hinsichtlich der Diagnose einer depressiven Episode bestätigt werden, jedoch nicht in Bezug auf den

Schweregrad. Dr. D. kam zum Schluss, dass der Versicherte aus psychiatrischer Sicht in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinist zwischen acht und achteinhalb Stunden pro Tag arbeitsfähig sei mit einer Leistungseinschränkung von 25 % seit Februar 2020. Für den Zeitraum Mai 2013 bis Februar 2020 sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. In einer adaptierten Tätigkeit ohne emotionale Belastung, ohne Zeitdruck und Dauerbelastung, die keine geistige Flexibilität erfordere, sei der Versicherte seit Februar 2020 zu 80 % arbeitsfähig. 5.5 Dieser Einschätzung folgten die Gutachter in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung und fügten noch beim zumutbaren Arbeitsprofil in somatischer Hinsicht hinzu, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten in temperierten Räumen, ohne häufiges Laufen, speziell auf Treppen, Leitern und unebenem Boden gelte. 6.1 Dem von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 134 V 231 E. 5.1) entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Dasselbe gilt mit Blick auf die mitunter schwierige Abgrenzung der im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG versicherten Zustände von invaliditätsfremden Faktoren. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2019, 8C_128/2019, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). 6.2 Bei der Würdigung des Gutachtens darf das Gericht seine eigene Meinung ohne überzeugende Begründung nicht über diejenige der sachverständigen Person stellen, wobei aber zu prüfen ist, ob das Gutachten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist und auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, ob es die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Behörde sie prüfen und nachvollziehen kann und ob die sachverständige Person nicht auszüräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihr die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, deutlich macht (Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Bern/Genf 2020, Art. 44 Rz. 78 mit Hinweisen).

E. 7

Der Beschwerdeführer ist der Auffassung, dass weder das orthopädische noch das psychiatrische Teilgutachten den Anforderungen von Art. 44 ATSG genügen. 7.1.1. In Bezug auf das orthopädische Teilgutachten macht der Beschwerdeführer geltend, Dr. C. sei in Abweichung von Dr. E. und Dr. B. zur Erkenntnis gelangt, dass keine relevante posttraumatische Arthrose des unteren Sprunggelenkes vorliege, ohne seine abweichende Ansicht zu begründen und ohne das relevante Bildmaterial konsultiert zu haben. Seine Beurteilung gründe deshalb auf einer unzureichenden Aktenlage. 7.1.2. Die Frage, ob eine relevante posttraumatische Arthrose im unteren Sprunggelenk besteht oder nicht, lässt Dr. C. letztlich offen. Er selbst begründete seine abweichende Diagnose der leichten degenerativen Veränderungen des unteren Sprunggelenkes in erster Linie mit den aktuellen MRT-Ergebnissen, wonach keine auffälligen Befunde, namentlich keine wesentlichen

Knorpelläsionen und keine Peritendinitis, hätten festgestellt werden können. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vermag die Beurteilung von Dr. C. im Vergleich zu den vorangegangenen und übereinstimmenden medizinischen Erkenntnissen, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Maschinist im Baugewerbe vorliegt, zwar nicht zu überzeugen. Da die IV-Stelle beziehungsweise der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) aber entgegen der Feststellungen von Dr. C. weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf ausging, folgte sie der Auffassung des Beschwerdeführers sowie der vorangehenden Fachmeinungen. Entscheidend ist vorliegend jedoch nicht die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, sondern diejenige in einer angepassten Verweistätigkeit. Darin sind sich die Experten Dr. B. und Dr. C. einig, dass sowohl bei Vorliegen einer relevanten posttraumatischen Arthrose, wie sie in den Vorberichten der Suva erkannt und am 22. März 2020 auch von Prof. Dr. med. Dr. phil. G. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, diagnostiziert worden war, als auch bei leichten degenerativen Veränderungen des unteren Sprunggelenkes von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer vorwiegend sitzenden Verweistätigkeit auszugehen sei. Das orthopädische Gutachten von Dr. C. erweist sich in dieser Hinsicht als schlüssig, weshalb in diesem massgebenden Punkt darauf abgestellt werden darf. Ergänzender Abklärungen bedarf es diesbezüglich nicht.

7.2.1. Gegen das psychiatrische Teilgutachten von Dr. D. bringt der Beschwerdeführer vor, dass der Beginn der psychiatrischen Erkrankung unzutreffenderweise gleichgesetzt worden sei mit dem Behandlungsbeginn im Februar 2020. In den medizinischen Vorakten gebe es klare Hinweise für eine frühere psychische Überlagerung der somatischen Beschwerden, namentlich habe Dr. B. in seinem orthopädischen Gutachten vom 27. Juni 2018 erkannt, dass der Eindruck einer reaktiven depressiven Verstimmung nicht von der Hand zu weisen sei. Eine depressive Episode habe er sogar in die Diagnosenliste aufgenommen.

7.2.2. Ob eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Diagnose vor Behandlungsbeginn bei Dr. F. im Februar 2020 vorlag, lässt sich mit der vorhandenen Aktenlage retrospektiv nicht zuverlässig ermitteln. Die Feststellung einer reaktiven, depressiven Verstimmung von Dr. B. in seinem Gutachten vom 27. Juni 2018 lässt lediglich vermuten, dass eine psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden bestanden hat. Der Beschwerdeführer selbst erklärte, dass die Sozialarbeiterin ihm im Jahr 2019 nahegelegt habe, eine psychiatrische Behandlung aufzunehmen. Vorher sei ihm nicht bewusst gewesen, dass psychisch etwas nicht stimme. Dr. D. schloss auch nicht aus, dass die Schwelle für die Inanspruchnahme psychiatrischpsychotherapeutischer Hilfe kulturbedingt für den Versicherten hoch gewesen sei, weshalb erst spät mit einer Therapie habe begonnen werden können. Wie es sich damit verhält, kann – wie gesagt – nachträglich mangels entsprechender psychiatrischer Berichte nicht zuverlässig ermittelt werden. Fest steht hingegen, dass der Versicherte seit Februar 2020 in psychiatrischer Behandlung ist und der behandelnde Facharzt eine depressive Störung diagnostiziert hat. Da erst damit eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erstellt wurde, ist die Festlegung des Beginns der Erkrankung mit Februar 2020 nachvollziehbar begründet und nicht zu beanstanden.

7.3.1. Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass die gutachterliche Beurteilung des Schweregrades der depressiven Episode als leicht nicht schlüssig sei. Der psychiatrische Gutachter weiche von den Diagnosen von Dr. F. ab, ohne nachvollziehbar dargelegt zu haben, weshalb die von ihm erhobenen psychopathologischen Befunde lediglich für eine leichtgradige Depression sprächen.

7.3.2 Es gilt hier zu beachten, dass der Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und der Begutachtungsauftrag des bzw. der amtlich bestellten

fachmedizinischen Experten bzw. Expertin andererseits unterschiedlich sind; deshalb kann das Gutachten nicht stets infrage gestellt werden, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen; vorbehalten bleiben Fälle, in denen wichtige Aspekte benannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Kieser, a.a.O., Art. 44 Rz. 80). Ferner ist bei der Beweiswürdigung zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem bzw. der begutachtenden Psychiater bzw. Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte bzw. die Expertin lege artis vorgegangen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 29. Dezember 2017, 8C_629/2017, E. 4.3, vom 7. August 2018, 8C_200/2018, E. 6.3 und vom 5. April 2019, 9C_668/2018, E. 3.5; Kieser, a.a.O., Art. 44 Rz. 76). Eine Sachverhaltsfeststellung ist ferner nicht schon dann offensichtlich unrichtig, wenn sich Zweifel anmelden, sondern erst, wenn sie eindeutig und augenfällig unzutreffend ist. Es liegt noch keine offensichtliche Unrichtigkeit vor, nur weil eine andere Lösung ebenfalls in Betracht fällt, selbst wenn diese als die plausiblere erscheint. Diese Grundsätze gelten auch in Bezug auf die konkrete Beweiswürdigung (BGE 147 V 194 E. 6.3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2022, 8C_105/2022, E. 1.2).

7.3.3 In den Akten befinden sich vier Arztberichte von Dr. F., nämlich vom 3. August 2020, 29. September 2020, 22. November 2021 sowie vom 29. August 2022. In seinem Bericht vom 3. August 2020 stellte Dr. F. die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Seit Behandlungsbeginn am 3. Februar 2020 sei es zu keiner wesentlichen Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen, obwohl engmaschige psychotherapeutische Gespräche stattfänden und eine antidepressive medikamentöse Behandlung etabliert worden sei. Aufgrund der depressiven Entwicklung und der schmerzhaften Problematik seines linken Fusses sei der Versicherte zum aktuellen Zeitpunkt 100 % arbeitsunfähig. Mit Bericht vom 29. September 2020 bestätigte Dr. F. sowohl die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom als auch die vollständige Arbeitsunfähigkeit. Zu den objektiven Befunden führte er aus, dass der Versicherte altersentsprechend aussehe, in normalem Ernährungszustand sowie bewusstseinsklar und allseits orientiert sei. Der Antrieb sei vermindert und die Stimmung gedrückt, begleitet von Zukunftsängsten. Der Schlaf sei gestört und es beständen Konzentrationsschwierigkeiten. Während des Gesprächs verliere er oft den Faden und sei sprunghaft in den Gedanken. Inhaltlich beschäftige er sich mit der Situation seines linken Fusses, da es nach mehreren Operationen zu keiner Verbesserung der Gehproblematik gekommen sei. Formale Denkstörungen oder psychotisches Geschehen seien nicht vorhanden. Ebenfalls könne aktuell eine Suizidalität verneint werden, diese sei jedoch in der Anamnese latent vorhanden gewesen. Der Versicherte sei dünnhäutig und es fehle ihm an Selbstwertgefühl. Auch habe er Schuldgefühle gegenüber seinen Kindern und seiner Ehefrau. Ferner sei eine soziale Zurückgezogenheit und eine Isolation bei fehlender Tagesstruktur zu erkennen. Dr. D. bezog diese Berichte in seine gutachterliche Beurteilung mit ein und erkannte, dass die Diagnose einer depressiven Episode an sich bestätigt werden könne, jedoch nicht in Bezug auf den Schweregrad. Die Schmerzproblematik sowie das subjektive Verhalten des Versicherten, namentlich die ausgeprägte Verdeutlichungstendenz hinsichtlich der körperlichen Einschränkungen, seien in unzulässiger Weise in die psychiatrische Diagnostik miteingeflossen. Die von Dr. F. in beiden, zeitlich nahe beieinanderliegenden Berichten attestierte volle Arbeitsunfähigkeit sei aus gutachterlicher

Sicht nicht nachvollziehbar. Dr. F. unterscheidet dabei nicht klar zwischen psychiatrischen und somatischen Gründen, die die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Den Ausführungen von Dr. D. ist insofern zu folgen, als die von Dr. F. geschilderten Befunde nicht auf eine dauerhafte volle Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. So erkannte auch Dr. D., dass die Stimmung gedrückt und der Antrieb, die Konzentrationsfähigkeit, das Interesse sowie die Fähigkeit, Freude zu empfinden, vermindert seien. Ferner seien das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen herabgesetzt. Er stellte aber ebenfalls fest, dass die akzentuierten Persönlichkeitszüge die Schmerzverarbeitungsstörung und die leichte depressive Episode unterhielten, ohne ursächlich dafür zu sein. Bei der Beurteilung von Dr. D. handelt es sich letztlich um eine unterschiedliche Einschätzung der psychiatrischen Problematik, die in Würdigung der ihm zum Zeitpunkt der Begutachtung zur Verfügung gestandenen Informationen aus den Arztberichten von Dr. F. vom 3. August 2020 und 29. September 2020 nicht zu beanstanden ist. Ferner führte Dr. D. ein Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (APP) durch, dessen Ergebnisse seine Einschätzung unterstreichen. Der Test ergab zwar eine mässig ausgeprägte Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, hingegen aber eine nur leicht ausgeprägte Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Proaktivität und Spontanaktivität, der Fähigkeit zu familiären Beziehungen, der Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung sowie der Mobilität und Verkehrsfähigkeit. Trotz der psychischen Störung könnten beim Versicherten auch Ressourcen erhoben werden. Er wirke kämpferisch im Verfolgen seiner Ziele, verfüge über eine Partnerbeziehung und eine gute Beziehung zu den Kindern, er erlebe tatkräftige Unterstützung durch die Verwandten und habe regelmässigen Kontakt mit Bekannten und Kollegen. Seine Kommunikations- und Kontaktfähigkeit seien gut. 7.3.4 In seiner Stellungnahme vom 22. November 2021 zum psychiatrischen Teilgutachten legte Dr. F. seine unterschiedliche Sichtweise zum psychischen Krankheitsgeschehen des Versicherten unter der Optik des behandelnden Arztes dar und hielt an einer durchgehenden, vollen Arbeitsunfähigkeit infolge der depressiven Symptomatik und der Schmerzen an der linken Ferse fest. Dass die Beurteilung von Dr. D. offensichtlich unrichtig sei, tat er damit aber nicht dar, auch nicht mit dem Bericht vom 29. August 2022.

E. 8

Zusammenfassend ist folglich festzuhalten, dass das polydisziplinäre Gutachten der MGSG vom 21. Juli 2021 die bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches Gutachten erfüllt. Die IV-Stelle stellte demnach zurecht darauf ab. Dem Beschwerdeführer ist folglich eine leichte, angepasste Tätigkeit im Rahmen von 80 % ab Februar 2020 zumutbar. Davor betrug die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit 100 %. 9.1 Beim Einkommensvergleich ermittelte die IV-Stelle ein Valideneinkommen von Fr. 86'030.-- gemäss den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin sowie den Angaben aus dem individuellen Konto. Für die Berechnung des Invalideneinkommens zog sie die Lohn Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 des Bundesamtes für Statistik bei. Sie ging dabei von Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, und einem Monatslohn von Fr. 5'417.-- bei 40 Wochenstunden aus. Nach Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden x 12 ermittelte sie ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 67'767.-- beziehungsweise von Fr. 54'214.-- für ein Pensum von 80 %. Die Gegenüberstellung der beiden Einkommen ergab in Berücksichtigung einer vollen Arbeitsfähigkeit einen

rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 21 % und in Berücksichtigung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ab Februar 2020 einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 37 %.

9.2 Die IV-Stelle berechnete das Invalideneinkommen ohne Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs, die Gründe dafür nannte sie nicht. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist jeweils vom sogenannten Zentralwert auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2, 126 V 75 E. 3b/bb). Weiter ist der so erhobene Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Damit 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 die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebende Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bbcc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (BGE 148 V 174 E. 6.3, 146 V 16 E. 4.1). Im Lichte der (auch hier, vgl. E. 2) massgeblichen, bis Ende Dezember 2021 geltenden Rechtslage kam das Bundesgericht in seinem Grundsatzurteil BGE 148 V 174 zum Schluss, dass kein ernsthafter sachlicher Grund für die Änderung dieser Rechtsprechung besteht und eine solche in Anbetracht der per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Revision des IVG und der IVV auch nicht opportun sein soll. Damit wendete es sich sowohl gegen die Anwendung des untersten Quartilswertes (anstelle des Zentralwertes) wie auch gegen einen entsprechenden "statistisch begründeten" respektive "standardmässigen" Abzug vom Zentralwert (BGE 148 V 174 E. 9.2.3-9.3; Urteile des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2022, 8C_332/2022, E. 5.2.1.1 und vom 27. Juli 2022, 9C_339/2021, E. 4.5.1 ff.). Das Bundesgericht betonte allerdings die überragende Bedeutung des leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn als Korrekturinstrument bei der Festsetzung eines möglichst konkreten Invalideneinkommens (BGE 148 V 174 E. 9.2.2 und 9.2.3; Urteile des Bundesgerichts vom 4. November 2022, 9C_395/2022, E. 4.5.1, vom 19. Oktober 2022, 8C_332/2022, E. 5.2.1.1 und vom 27. Juli 2022, 9C_339/2021, E. 4.5.4.1).

9.3 Gemäss Zumutbarkeitsprofil im polydisziplinären Gutachten der MSGG vom 21. Juli 2021 kommen für den Versicherten aus somatischer Sicht nur noch leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten in temperierten Räumen, ohne häufiges Laufen, speziell auf Treppen, Leitern und unebenem Boden in Frage. Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Dem ist rechtsprechungsgemäss mit einem leidensbedingten Abzug Rechnung zu tragen. In Berücksichtigung, dass der Beschwerdeführer ab Februar 2020 in einer aus psychischen Gründen attestierten Teilzeittätigkeit von 80 % nur noch körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten ausüben kann, rechtfertigt sich ein Abzug vom Tabellenlohn von 10 % (Urteile des Bundesgerichts vom 4. November 2022, 9C_359/2022, E. 4.5.3 und vom 22. September 2022, 8C_74/2022, E. 4.4.2).

9.4 Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades vor Februar 2020 führt selbst ein leidensbedingter Abzug von 10 % nicht zu einer Rentenberechtigung. Für die Berechnung ab Februar 2020 und einem Pensum von 80 % ergibt sich hingegen ein anderes Bild. Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 87'499.-- (nach Anpassung

an die Nominallohnentwicklung von 0,9 % [2019] und von 0,8 % [2020]) und einem Invalideneinkommen von Fr. 49'625.-- (nach Anpassung an die Nominallohnentwicklung von 0,9 % [2019] und von 0,8 % [2020] sowie in Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 %) resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 37'874.- -. Diese Einbusse entspricht einem Invaliditätsgrad von 43 % (anzumerken bleibt, dass bereits ein leidensbedingter Abzug von 5 % zu einem Invaliditätsgrad von 40 % führt). Der Beschwerdeführer hat demnach Anspruch auf eine Viertelsrente ab Februar 2020. Die Beschwerde ist in diesem Sinne teilweise gutzuheissen. 10.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerde-verfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss wird ihm zurückerstattet. 10.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Gemäss Honorarnote der Rechtsvertreterin vom 24. Januar 2023 werden ein Aufwand von 9 Stunden und 6 Minuten sowie Auslagen von Fr. 41.70 geltend gemacht, was angemessen ist. Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung von Fr. 2'495.10 (inklusive Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 15. August 2022 aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2020 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet. 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'495.10 (inkl. Mehrwertsteuer) auszurichten.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.