

# **BL\_GERICHTE 720 18 266/113 vom 9. Mai 2019**

BL Gerichte, 2019-05-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_18\\_266\\_113](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_18_266_113)

FR: BL\_GERICHTE 720 18 266/113 du 9 mai 2019

IT: BL\_GERICHTE 720 18 266/113 del 9 maggio 2019

## **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 eingereichte Beschwerde vom 22. August 2018 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

### **E. 3**

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person 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. Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG). 4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands 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 Berufstätigkeit 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: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 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 352 ff. 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Hingegen kommt Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen. 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 in fine mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

## E. 5

Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

6.1 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 sich für den Entscheid als zentral erweisen.

6.2 Der behandelnde Arzt Prof. Dr. Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, diagnostizierte am 31. Januar 2017 ein lumbovertebrales, ein zervikales und ein generalisiertes Schmerzsyndrom bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Der Versicherte habe konstante Schmerzen von der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Ausstrahlung in beide Beine und Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS). Im MRT der LWS vom 23. Februar 2016 seien degenerative Veränderungen in der LWS bei Status nach dorsaler Fusion LWK4-SWK1 mit Entfernung des Schraubenmaterials, dorsale Weichteilstrukturen mit Flüssigkeitskolloktion und ödematöse Veränderungen feststellbar. Aufgrund der persistierenden aktiven Entzündungen nach Entfernung des Schraubenmaterials sei von einer Instabilität auszugehen. Diese Entzündung sei zusammen mit den funktionellen Einschränkungen im Rahmen einer PTBS auch mit einer angepassten beruflichen Tätigkeit nicht vereinbar. Auch wenn die einzelnen Pathologien für sich möglicherweise mit einer angepassten Tätigkeit zumindest teilweise vereinbar wären, würden sie sich potenzieren, weshalb insgesamt von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden müsse. Möglicherweise könne mit einer adäquaten Psychotherapie eine Verbesserung erreicht werden.

6.3 Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 17. Februar 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine aktuell schwergradige depressive Episode (ICD-10 F32.2), eine PTBS (ICD-10 F43.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Der Versicherte habe wegen der Schmerzen und der Alpträume erhebliche Schlafstörungen. Auch während des Tages denke er immer wieder an das erlebte Kriegsgeschehen. Er habe Schwierigkeiten, einem Gespräch zu folgen, Suizidgedanken und leide an einer erhöhten Schreckhaftigkeit. Es seien eine affektive Instabilität mit deprimierter Grundstimmung, eine herabgesetzte Freudfähigkeit, ein reduzierter Antrieb mit gesteigerter Ermüdbarkeit und ein sozialer Rückzug festzustellen. Weiter bestünden eine innere Anspannung, eine erhebliche Reizbarkeit und eine herabgesetzte Frustrationstoleranz mit mangelhafter Impulskontrolle sowie ein Libido- und Appetitmangel. Ein Zugang zu den tieferliegenden Persönlichkeitsebenen und den damit verbundenen Konflikten, den unbewältigten Traumatisierungen und den Verletzungen sei kaum möglich. Aufgrund der chronifizierten Symptomatik sei die Prognose ungünstig. Aktuell bestünde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

6.4 Gemäss Bericht der D.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2017 ergebe das MRT der LWS weder Hinweise auf eine Diskushernie noch auf eine Nervenwurzelverlagerung. Festzustellen seien aber dehydrierte Bandscheibenfächer LWK 1/2, LWK 4/5 und LWK 5/S1.

6.5 PD Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 3. August 2017 ein lumbovertebrales, ein zervikales und ein generalisiertes Schmerzsyndrom bei PTBS.

Laborchemisch habe sich kein relevanter pathologischer Befund ergeben, allerdings sei eine deutliche Hyperlipidämie zu bejahen. Im aktuellen MRI vom Juli 2017 zeige sich eine ausgeprägte Streckfehlhaltung mit Kyphosierung bei L1/2. Ein Bandscheibenvorfall sei nicht festgestellt worden. Es bestünde ein heftiges lumbovertebrales Syndrom. Die physiotherapeutische Mobilisierung habe kaum Besserung gebracht. 6.6 Am 21. August 2017 diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine PTBS (ICD-10 F43.1). Hinweise auf Halluzinationen, Wahn- oder Ich-Störungen bestünden nicht. Allerdings seien leichte paranoide Ideen festzustellen. Die Konzentration und das Gedächtnis seien leicht beeinträchtigt und der Versicherte sei psychomotorisch unruhig, schwitze und bewege sich viel. Die Stimmung sei niedergestimmt, der Antrieb herabgesetzt und es seien ein partieller sozialer Rückzug, eine morgendliche Schmerzverstärkung, Intrusionen, Flashbacks, Albträume, und eine Übererregbarkeit vorhanden und passive Todeswünsche festzustellen. Eine aktuelle Selbst- und Fremdgefährdung bestünde nicht. Eine stationäre Aufnahme sei indiziert. Der Versicherte habe ausreichend Deutschkenntnisse, sei gruppentauglich, könne allerdings schmerzbedingt nicht länger als eine halbe Stunde an Therapien teilnehmen. 6.7 Die IV-Stelle veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung bei der PMEDA. In der Expertise vom 8. Dezember 2017 wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein postoperativer spinaler Status festgestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde eine mögliche leichtgradig ausgeprägte PTBS. In der klinisch-neurologischen Untersuchung hätten sich weder Hinweise auf das Vorliegen einer Nervenverletzung im Bereich der rechten oberen Extremität noch eine Nervenwurzel-Rückenmarksaffektion ergeben. Auffällig seien aber die Inkonsistenzen. Namentlich seien die reklamierten Einschränkungen im Alltag nicht plausibel. Die geklagten Kopfschmerzen seien am ehesten als Analgetika-Cephalgie einzuordnen. Aus neurologischer Sicht sei keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit festzustellen. In der klinisch-rheumatologischen Untersuchung imponiere eine inkonsistente und nicht plausible Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden. Die spontane Mobilität sei nicht namhaft limitiert. Der objektive postoperative Status sei gut. Die deutliche Fussbeschwellung spreche für eine rege Alltagsaktivität. Es bestünde für die zuletzt ausgeübte und für vergleichbare andere Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Nach chirurgischer Versorgung der LWS sei allenfalls eine Einschränkung für körperlich häufig schwere Tätigkeiten gegeben. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich die Achsenkriterien einer depressiven Episode nicht ausreichend herausarbeiten lassen. Anhaltspunkte für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine Schmerzstörung mit psychischen oder somatischen Faktoren bestünden ebenfalls nicht. Als Folge der Kriegserlebnisse sei eine leicht ausgeprägte PTBS mit intermittierenden traumabezogenen Albträumen und Erinnerungen an Kriegserlebnisse möglich. Flashbacks, Intrusionen und eine Übererregbarkeit des autonomen Nervensystems liessen sich hingegen nicht eruieren. Das vom Versicherten geschilderte Vermeidungsverhalten werde inkonsistent geschildert. Auch zeige er während des Berichts seiner Einschränkungen und der Kriegserlebnisse keine namhafte affektive Reaktion. Die in den medizinischen Unterlagen gestellte Diagnose einer Schmerzstörung könne nicht nachvollzogen werden. Gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche auch, dass sich der Versicherte nach den Kriegserlebnissen und -verletzungen in der Schweiz habe integrieren können und in der Lage gewesen sei, während mehreren Jahren, einer regelmässigen Arbeit nachzugehen. Auch die Diagnose einer mittelgradigen depressiven

Störung könne aufgrund der Unterlagen und der anamnestischen Angaben des Versicherten nicht nachvollzogen werden. Objektive Befunde für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bestünden nicht. Insgesamt lasse sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen, der anamnestischen Angaben des Versicherten und der erhobenen Befunde keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsaufnahme zumutbar und sinnvoll. Aus gesamtmedizinischer Sicht sei dem Versicherten die zuletzt ausgeübte sowie vergleichbare körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu 100% zumutbar. Die von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit basiere auf den Bildbefunden, werde jedoch nicht mit objektiven klinischen Befunden oder einer biologisch verstandenen Diagnose begründet. Ausserdem beinhalte seine Beurteilung fachfremde (psychiatrische) Aspekte. 6.8 Am 18. Mai 2018 nahm der behandelnde Arzt Dr. C.\_\_\_\_ zum psychiatrischen Teilgutachten der PMEDA Stellung. Er hielt fest, dass die Erhebung der Beschwerden dürftig sei. Zudem könne nicht nachvollzogen werden, weshalb der Gutachter die Achsenkriterien der Depression nicht habe herausarbeiten können. Es sei zu vermuten, dass sich der Versicherte mangels des erforderlichen Vertrauensverhältnisses nicht ausreichend habe öffnen und deshalb die Tragweite der Beschwerden durch den Gutachter nicht habe erfasst werden können. Sodann habe der Gutachter auf fremdanamnestische Angaben und auf eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt verzichtet. Möglicherweise hätten Verständigungsprobleme bestanden; aufgrund der mangelhaften Deutschkenntnisse habe er immer wieder Missverständnisse festgestellt. Die Einschränkungen bezüglich der Alltagsbewältigung seien kaum abgebildet und der psychischen Belastung durch die Operationen und die damit verbundenen Komplikationen seien nicht Rechnung getragen worden. Die Beurteilung hinsichtlich der durchgeführten Behandlung und der Ehesituation des Versicherten sei widersprüchlich resp. tatsachenwidrig. Zudem stütze sich der Gutachter bei der Befunderhebung auf die Gegenübertragungsreaktion, was nicht verlässlich sei. Dies gelte vorliegend umso mehr, als der Gutachter nicht beschreibe, ob es sich um eine konkordante oder eine komplementäre Gegenübertragung handle. Tatsächlich habe der Versicherte während des Kriegseinsatzes seelische Traumatisierungen erlitten. Die Flashbacks würden sich als Alpträume äussern. Dass der Versicherte beim Bericht seiner Kriegserlebnisse keine namhafte affektive Reaktion gezeigt habe, passe zudem zu einer PTBS. 6.9 Am 24. September 2018 nahm pract. med. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, zu den Kritikpunkten in der Beschwerde vom 22. August 2018 Stellung. Dabei hielt er im Wesentlichen fest, dass die Begutachtung lege artis durchgeführt worden sei und die Gutachter die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen erkannt, diese aber als bloss leicht ausgeprägt gewertet und ihnen folgerichtig keine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beigemessen hätten. 6.10 Die Ärzteschaft der PMEDA hielt am 7. November 2018 fest, dass der Facharztstitel für Physikalische Medizin und Rehabilitation mit demjenigen der Rheumatologie fachlich gleichzustellen sei. Weiter hielten sie fest, dass Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 3. August 2017 die Diagnosen mit Bildbefunden begründe. Sein klinischer Befund sei jedoch mit einer namhaften Bewegungseinschränkung nicht in Einklang zu bringen. Angaben zur spontanen Beweglichkeit des Halses, des Kopfes und des Rumpfes würden fehlen. Der von ihm erhobene Befund sei weder vollständig noch hinreichend konsistent und deshalb für eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht genügend. Sodann lasse sich ein heftiges lumbovertebrales Schmerzsyndrom aus den erhobenen Befunden nicht erkennen. Das von ihm festgestellte Schmerzsyndrom fusse auf

subjektiven Klagen und Bildbefunden. Demgegenüber fehle ein schlüssiges klinisches Befundkorrelat. Hinsichtlich der von ihm gestellten Diagnose eines "generalisierten Schmerzsyndroms bei PTBS" bleibe unklar, wie sich dieses von den übrigen Diagnosen abgrenze. Ein generalisiertes Schmerzsyndrom würde definitionsgemäss auch die spinalen Beschwerden miteinschliessen und in Konkurrenz mit der von Dr. E.\_\_\_\_ angenommenen spinalen Schmerzgenese treten. Schliesslich setze er sich mit den im Gutachten festgestellten Befunden und Überlegungen nicht auseinander. Auch Prof. Dr. B.\_\_\_\_ stelle seine Beurteilung weitgehend auf Bildbefunde ab. Sodann habe er bei seiner Beurteilung Beobachtungen hinsichtlich der spontanen Mobilität nicht ausreichend einbezogen. Der MRI-Befund aus dem Jahr 2017 dokumentiere lediglich alterstypische Veränderungen ohne eigenständigen Krankheitswert. Daher sei die Annahme von Prof. Dr. B.\_\_\_\_, wonach eine anhaltende entzündliche paraspinale Veränderung ersichtlich sei, nicht nachvollziehbar.

6.11 RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erachtete die ergänzenden Ausführungen der PMEDA vom 7. November 2018 als plausibel (Stellungnahme vom 12. November 2018).

6.12 Am 12. Januar 2019 nahm Dr. C.\_\_\_\_ zum Bericht von pract. med. G.\_\_\_\_ vom 24. September 2018 Stellung, wobei er sich weiterhin auf den Standpunkt stellte, dass die psychiatrische Begutachtung nicht ausreichend vertieft durchgeführt und die Schlussfolgerungen nicht zutreffend seien. Ausserdem sei nicht hinreichend abgeklärt, ob eine somatoforme Störung vorliege.

6.13 In seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2019 zum Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2019 hielt pract. med. G.\_\_\_\_ fest, es sei davon auszugehen, dass der Versicherte in der Lage gewesen sei, seine Beschwerden ausreichend darzustellen. Zudem nehme der psychiatrische Gutachter zur Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ Stellung und führe aus, weshalb er dessen Einschätzung nicht folge. Die Behauptung, der psychiatrische Gutachter sei an der Oberfläche geblieben, sei nicht begründet.

7.1 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2016 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse im Gutachten der PMEDA vom 8. Dezember 2017. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte sowie jede vergleichbare körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu 100% zumutbar seien. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist trotz der Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten (vgl. dazu die nachstehenden Erwägungen) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 4.3 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 der PMEDA vom 8. Dezember 2017 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage in jeder Hinsicht erfüllt. So weist es weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) - umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Der Versicherte wurde eingehend somatisch und psychiatrisch exploriert. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 6.7 hiervor) wiedergegebenen Darlegungen im Gutachten vom 8. Dezember 2017 vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann.

7.2.1 Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet,

das vorstehende Beweisergebnis in Frage zu stellen. Wenn er geltend macht, dass das Gutachten auf einer unvollständigen Aktenkenntnis beruhe, da es keinen Bezug zum Rückweisungsentscheid des Kantonsgericht vom 13. Oktober 2016 (Verfahren-Nr. 720 16 106) nehme, kann ihm nicht beigespflichtet werden. Ausschlaggebend für den damaligen Entscheid des Kantonsgerichts war die Tatsache, dass die IV-Stelle keine interdisziplinäre Begutachtung durchgeführt hatte und der medizinische Sachverhalt nicht hinreichend geklärt war. Aus diesem Grund wurde die IV-Stelle aufgefordert, zur Klärung desselben eine umfassende Abklärung durchzuführen. Dieser Vorgabe kam sie mit der polydisziplinären Begutachtung des Versicherten durch die PMEDA nach. Hinweise darauf, dass das Gutachten auf unvollständigen Akten beruht, sind nicht ersichtlich, stellte doch die IV-Stelle der Gutachterstelle zusammen mit dem Auftrag (act. 189) die vollständigen Akten des Versicherten zu. Die Tatsache, dass im Gutachten der PMEDA vom 8. Dezember 2017 das Urteil des Kantonsgerichts weder erwähnt (auf den Seiten 2 ff. des Gutachtens sind ausschliesslich medizinische Unterlagen aufgeführt) noch explizit darauf Bezug nimmt, ist nicht entscheidend. Ausschlaggebend ist vielmehr eine widerspruchsfreie Klärung des Gesundheitszustands und der Leistungsfähigkeit des Versicherten. Dieses Erfordernis ist vorliegend - wie oben (vgl. E. 7.1 hiervor) dargelegt - erfüllt.

7.2.2 Der Beschwerdeführer rügt weiter, dass das rheumatologische Teilgutachten nicht von einem Facharzt für Rheumatologie, sondern von einem Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation erstellt worden sei. Zwar trifft zu, dass es zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen bedarf (BGE 134 V 231 f. E. 5.1) und der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise u.a. davon abhängt, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachterperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ist daher ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson erforderlich (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2011, 9C\_547/2010, E. 2.2). Die Tatsache, dass das rheumatologische Teilgutachten nicht von einem Rheumatologen, sondern von einem Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation erstellt wurde, vermag den Beweiswert des Gutachtens indes nicht in Frage zu stellen. So führte der medizinische Leiter der PMEDA nach Prüfung des Aktendossiers am 17. August 2017 nachvollziehbar aus, dass der Beschwerdeführer vorrangig internistisch und neurologisch behandelt worden sei und eine Autoimmun-Erkrankung welche das Kerngebiet der Rheumatologie darstelle, aktenkundig nicht vorliege. Die im Raum stehenden Beschwerden und Diagnosen würden nicht fachspezifisch, sondern typischerweise von mehreren Fächern betreut. Zudem seien die Fachärzte für Rheumatologie und für Physikalische Medizin gleichwertig und äquivalent. Diese Ausführungen leuchten ein. Auch wenn die Teilexpertise - etwas verwirrend - als "rheumatologisches Gutachten" bezeichnet ist, ist vor diesem Hintergrund nicht ersichtlich, weshalb Dr. I.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, nicht in der Lage gewesen sein soll, die gesundheitlichen Beschwerden und die damit einhergehende Arbeitsfähigkeit des Versicherten kompetent zu beurteilen. Dazu kommt, dass sich der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer - im Wissen um die fachliche Qualifikation des Gutachtens - der Begutachtung unterzogen hatte. Unter diesen Umständen kann auch dieser Rüge des Beschwerdeführers nicht beigespflichtet werden.

7.3 Auch die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet, Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens der PMEDA vom 8. Dezember 2017 zu wecken. Wenn er

geltend macht, die Gutachter hätten den Bericht von PD Dr. E.\_\_\_\_ vom 3. August 2017 nicht beachtet und zudem keine hinreichende Auseinandersetzung mit der Beurteilung von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ vorgenommen, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass Dr. I.\_\_\_\_ nach Einsicht in die medizinischen Unterlagen und aufgrund seiner detaillierten Feststellungen zur Beweglichkeit und zum Schmerz (vgl. S. 27-32 des Gutachtens vom 8. Dezember 2017) keine Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren konnte. Stattdessen beschreibt er aufgrund seiner Erkenntnisse aus der klinischen Untersuchung eine inkonsistente und nicht plausible Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden. In der Stellungnahme der PMEDA vom 7. November 2018 wird sodann nachvollziehbar dargelegt, dass die Beurteilungen der Dres. E.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ weitgehend mit nicht aussagekräftigen Bildbefunden begründet würden. Diese Beurteilung der Gutachter erscheint angesichts der im Rahmen der Exploration weitgehend unauffälligen Befunde plausibel. Dies gilt vorliegend umso mehr, als nicht die Diagnose sondern die funktionellen Einschränkungen und die damit einhergehenden Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der versicherten Person ausschlaggebend sind (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2009, 9C\_617/2008, E. 4.5). Insgesamt ist das Gutachten der PMEDA eine genügende Grundlage für die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, weshalb darauf abzustellen ist.

7.4.1 Der Beschwerdeführer zweifelt sodann an, dass das für eine psychiatrische Begutachtung erforderliche Vertrauensverhältnis vorhanden war. Dem ist entgegenzuhalten, dass kein Grund zur Annahme besteht, dass dem Gutachter eine zuverlässige Beurteilung nicht möglich gewesen wäre. Vielmehr kam er nach kritischer Würdigung der bisherigen Berichte und Unterlagen sowie der darin festgestellten Befunde und Diagnosen, der anamnestischen Angaben des Versicherten und der im Rahmen der Exploration erhobenen Befunde zum überzeugenden Schluss, dass der Beschwerdeführer keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufweist. Hinweise darauf, dass die Kommunikation in deutscher Sprache nicht ausreichend möglich gewesen wäre, ergeben sich aus dem Gutachten nicht. Im Gegenteil stellte die behandelnde Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht vom 21. August 2017 fest, dass der Beschwerdeführer ausreichende Deutschkenntnisse aufweise. Das psychiatrische Gutachten enthält zudem eine zureichende Schilderung der aktuellen Beschwerden sowie eingehende Ausführungen zur Anamnese, zur Familie und zum Tagesablauf des Beschwerdeführers. Die Wiedergabe dieser Einzelheiten im Gutachten wäre nicht möglich gewesen, wenn die Verständigung unzureichend gewesen wäre. Auch der Rüge des Beschwerdeführers, wonach der Gutachter in pflichtwidriger Weise auf fremdanamnestische Angaben verzichtet und auch mit dem behandelnden Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ keine Rücksprache genommen habe, kann nicht gefolgt werden. Zwar sind eine Fremdanamnese und Auskünfte der behandelnden Arztpersonen häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich. Die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese bei der behandelnden Arztperson ist vielmehr in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2015, 8C\_444/2015, E. 4.5 und vom 23. Juli 2014, 8C\_323/2014, E. 5.2.1). Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (vgl. die 3. vollständige überarbeitete und ergänzte Auflage vom 16. Juni 2016; in: SZS 2016 S 435 ff.). Aus dem psychiatrischen Teilgutachten geht hervor, dass dem Gutachter zahlreiche Arztberichte betreffend den Beschwerdeführer zur Verfügung standen. Die medizinischen Unterlagen und die Angaben des Beschwerdeführers waren offenbar hinreichend präzise und kohärent

genug, um ein zuverlässiges Bild über seinen psychischen Gesundheitszustand machen zu können. Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter keine fremd- oder familienanamnestischen Auskünfte einholte. Auch die Rüge, wonach Angaben zur Dauer der Exploration fehlen würden, überzeugt nicht. Angaben zur Dauer einer psychiatrischen Exploration sind zwar wünschbar (Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2007, I 1094/06), ihr Fehlen fällt aber jedenfalls dann nicht entscheidend ins Gewicht, wenn - wie hier - auch im Gesamtkontext des medizinischen Dossiers keinerlei Hinweise auf materielle Mängel des Berichts bestehen. Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, dass im Gutachten die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Zumutbarkeit auf einem unzutreffenden Sachverhalt basiere.

7.4.2 Wenn sich der Beschwerdeführer auf die abweichende Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ beruft, und geltend macht, der Gutachter habe die psychische Belastung durch die Operationen und die damit verbundenen Komplikationen nicht hinreichend berücksichtigt und zudem die seelischen Traumatisierungen während des Kriegseinsatzes nicht zutreffend erfasst, kann ihm nicht gefolgt werden. Der Gutachter machte sich aufgrund der ihm zur Verfügung gestandenen medizinischen Akten und nach einer eingehenden Exploration ein schlüssiges Bild über die psychische Befindlichkeit der Versicherten. Hinsichtlich der Kritik der behandelnden Ärzte an Gutachten externer Fachpersonen ist in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten 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 die Gutachter - wie hier - lege artis vorgegangen sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2018, 8C\_874/2017, E. 5.2.2). Vorliegend bringt der behandelnde Arzt Dr. C.\_\_\_\_ keine Gesichtspunkte vor, die im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens nicht berücksichtigt worden wären. Vielmehr differenziert der psychiatrische Gutachter unter Berücksichtigung der Berichte des behandelnden Arztes zwischen den subjektiv empfundenen Beschwerden, den teilweise inkonsistenten Angaben des Beschwerdeführers in Bezug auf den Tagesablauf resp. das Vermeidungsverhalten und den objektiv feststellbaren Befunden. Er legt sodann nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufweist. Bei dieser Sachlage und der Tatsache, dass es dem Gutachter möglich war, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden.

## **E. 8**

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 das Gutachten der PMEDA vom 8. Dezember 2017 davon ausgegangen ist, dass die zuletzt ausgeübte sowie vergleichbare körperlich leichte bis mittelschwere

Tätigkeiten zu 100% zumutbar sind. 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 und die Berechnung auch vom Versicherten nicht beanstandet wurde, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem durch die IV-Stelle angestellten Einkommensvergleich. Es ist mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2018, mit welcher ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis Satz 1 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 ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Da ihm mit Verfügung vom 24. September 2018 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse.

9.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Da dem Beschwerdeführer ebenfalls mit Verfügung vom 24. September 2018 die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner Rechtsvertreterin bewilligt wurde, ist diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 1. März 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 14 Stunden und 35 Minuten sowie Auslagen von Fr. 219.50 geltend gemacht. Dieser Aufwand ist in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden. 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 Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'377.65 (14,58 Stunden x Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 219.50 inkl. 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.3 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 erkannt: **://**: 1. Die Beschwerde wird 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 der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'377.65 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse bezahlt.**