

# **BL\_GERICHTE 720 20 176/119 vom 20. Mai 2022**

BL Gerichte, 2022-05-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_20\\_176\\_119](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_176_119)

FR: BL\_GERICHTE 720 20 176/119 du 20 mai 2022

IT: BL\_GERICHTE 720 20 176/119 del 20 maggio 2022

## **Regeste**

IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1**

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 3.2**

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 135 V 465 E. 4.4, 122 V 157 E. 1d).

### **E. 4**

Zwischen den Parteien ist der Rentenanspruch streitig. Während die IV-Stelle der Auffassung ist, dass Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Juni 2018 bis 30. Juni 2019 bestehe, macht der Beschwerdeführer geltend, dass er Anspruch auf eine unbefristete ganze Invalidenrente habe. Die IV-Stelle stützte sich auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ vom 18. März 2019/1. April 2019, wonach der Versicherte ab April 2019 in der Lage sei, ein Arbeitspensum von 80% zu leisten. Der Beschwerdeführer ist hingegen der Meinung, dass sich sein Gesundheitszustand seit der Operation vom 1. November 2017 nicht derart verbessert habe, dass er ein solches Pensum leisten könne. Namentlich habe die Implantatlockerung schon vor Verfügungserlass vom 11. März 2020 bestanden, womit das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ nicht haltbar sei. Auch das psychiatrische Gutachten sei nicht beweiskräftig, fehle doch eine Auseinandersetzung mit den Berichten des behandelnden Arztes Dr. D.\_\_\_\_. Ferner sei unberücksichtigt geblieben, dass die Einnahme von Opioiden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe.

## **E. 5**

Infolge der anhaltenden linksseitigen Lumboischialgien und Nackenbeschwerden trotz wiederholter fachärztlicher Abklärungen und erfolgter Dekompression und Spondylodese im Segment L4/5 am 1. November 2017 sowie ununterbrochener Einnahme von Opiaten beauftragte die IV-Stelle am 25. Januar 2019 Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ mit der rheumatologischen und psychiatrischen Abklärung des Gesundheitszustandes des Versicherten. In der Konsensbeurteilung vom 30. März 2019 - nach der rheumatologischen Untersuchung vom 1. März 2019 und der psychiatrischen Untersuchung vom 29. März 2019 - kamen die Gutachter zum Schluss, dass die rheumatologischen Befunde massgebend für die Arbeitseinschränkungen seien. In psychiatrischer Hinsicht beständen keine psychopathologischen Befunde oder Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (1) einen Verdacht auf Opioid induzierte Hyperalgesie (Schmerzüberempfindlichkeit) bei Einnahme von 2800 mg Morphinäquivalent täglich bei Diagnosen 2 und 6; die Kriterien eines Wide Spread Pain Syndroms (ICD-10: M79.7) seien erfüllt; (2) chronifizierte linksseitige lumbosakrale Schmerzen (ICD-10: M54.4) mit/bei dorsoventraler Spondylodese LWK 4/5 und Cage Interponat und Dekompression LWK 4/5 am 1. November 2017 bei Osteochondrose LWK 4/5 und beginnender Segmentinstabilität sowie intermittierender radikulärer Reizsymptomatik L5 und S1 links; ENG (Elektroneurographie) mit chronisch neurogenen Veränderungen des Musculus tibialis anterior, vereinbar mit chronischer Läsion der Nervenwurzel L5 links; narbigen Veränderungen um die Nervenwurzel L5 links gemäss MRT vom 15. Februar 2018; Hypästhesie der Nerven clunei medialis links unklarer Ätiologie, DD bei Diagnose (1); myostatischer Dysbalance und Abschwächung der Haltungs- und Bewegungskontrollfunktion axial. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien (3) die össäre Läsion des OSG links nach Treppensturz im Jahr 2008; (4) die malleolar Fraktur links nach körperlichem Angriff im August 2016; (5) die Angst- und Panikattacken und (6) die iatrogene Opioid-Abhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F11.24). In gesamtmedizinischer Hinsicht sei dem Versicherten die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit, wie die ursprünglich erlernte Tätigkeit in der hauswirtschaftlichen Betriebshilfe, sei der Versicherte in einem 80%-Pensum arbeitsfähig. Die Einschränkung von 20% sei bedingt durch das chronische Schmerzsyndrom infolge der Fibromyalgie und die Opioid induzierte Hyperalgesie mit Verlangsamung des Arbeitstempos und einem erhöhten Pausenbedarf. Die Prognose bei gleichzeitigem Vorliegen einer chronischen

Schmerzstörung, einer Wide Spread Pain Symptomatik sowie einer Opioid induzierten Hyperalgesie sei ernst. Lediglich mit einer interdisziplinären multimodalen Behandlung könne hier eine Beschwerdelinderung und eine Partizipation im Alltag erreicht werden. Darauf stellte die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 11. März 2020 ab. 6.1 Der Beschwerdeführer wendet gegen die Zumutbarkeitsbeurteilung als Erstes ein, dass das Gutachten auf einer unvollständigen Aktenlage beruhe, da die am 6. März 2019 bei der IV-Stelle eingegangenen Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ vom 13., 17., und 21. Februar 2018 sowie der Behandlungsbericht vom 22. März 2018 im Gutachten unerwähnt geblieben seien. Der Gutachtauftrag wurde am 25. Januar 2019 erstellt. Bei den am 6. März 2019 bei der IV-Stelle eingegangenen Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ handelt es sich um solche vom 17. Dezember 2018, 13. Februar 2019 und 21. Februar 2019. Diese wurden den Gutachtern gleichentags am 6. März 2019 weitergeleitet, fanden offenbar aber keinen Eingang in die Dokumentenliste. Aus dem Bericht vom 17. Dezember 2018 geht die seit Behandlungsbeginn im Jahr 2017 diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) hervor bei Lumboischialgie links pseudoradikulär bei Stand nach Bandscheibenersatz und Osteosynthese, Opiat-Abusus und Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung. Dr. D.\_\_\_\_ berichtete, dass der Patient ihm aus einer Erstbeurteilung in der Klinik für Schmerztherapie in X.\_\_\_\_ bekannt sei. Der Kontakt sei damals vor Durchführung der Operation am 1. November 2017 abgebrochen. Bei seiner Wiedervorstellung am 12. Dezember 2018 seien weiterhin die einschiessenden Schmerzen bis in die linke Wade im Vordergrund gestanden. In seinem Bericht vom 13. Februar 2019 bestätigte Dr. D.\_\_\_\_ seine Diagnose vom 17. Dezember 2018. Passend zum einschiessenden Schmerz tiefgluteal links sei bildgebend eine knöcherne Hackenbildung am unteren Rand des Iliosakralgelenks links erkennbar. Im Segment L3 an der Pedikelschraube rechts sei eine ausgeprägte Ossifikation sowie deutliche spondylarthrotische Veränderungen im Segment L5/S1 beidseits sichtbar. Als Vorgehen werde eine CT-gesicherte Infiltration zur Reduktion der einschiessenden Beschwerden vorgeschlagen. Die Intervention erfolgte schliesslich am 21. Februar 2019 (vgl. entsprechenden Bericht von Dr. D.\_\_\_\_). 6.2 In den genannten Berichten steht nichts, das den Gutachtern nicht schon bekannt gewesen wäre. Die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wurde von Dr. D.\_\_\_\_ bereits im Austrittsbericht vom 26. Juli 2017 erwähnt. Die Diagnose wurde durch den damals zuständigen Psychiater in der Schmerzklinik X.\_\_\_\_ gestellt. Dr. C.\_\_\_\_ erklärte in Bezug auf die Schmerzproblematik, dass aus somatischer Sicht die Kriterien eines Wide Spread Pain Syndroms sowie einer Opioid induzierten Hyperalgesie erfüllt seien. Eine zusätzliche Fehlentwicklung im Sinne einer chronischen Schmerzstörung sei aber denkbar. Dr. B.\_\_\_\_ stellte jedoch klar, dass weder die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren noch der Verdacht auf eine ausgeprägte Persönlichkeitsstörung aus psychiatrischer Sicht bestätigt werden könnten. Zur Infiltration vom 21. Februar 2019, die schliesslich zu einer Zustandsverbesserung und einer Reduktion der Opiate geführt hat, äusserten sich sowohl Dr. B.\_\_\_\_ als auch Dr. C.\_\_\_\_ explizit (Seite 9, 11 und 22 des rheumatologischen Gutachtens und Seite 17 des psychiatrischen Gutachtens). Ferner handelt es sich bei den Behandlungsberichten vom 22. März 2018 lediglich um Kurzberichte über erfolgte Infiltrationen, die ebenfalls bekannt waren. Folglich erweist sich der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Gutachten basierten auf einer unvollständigen Aktenlage, als unbegründet.

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, dass Dr. B.\_\_\_\_ sich nicht rechtsgenügend mit der von Dr. D.\_\_\_\_ gestellten Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auseinandergesetzt habe, weshalb das psychiatrische Gutachten unvollständig sei. Dem kann nicht beigespflichtet werden. Dr. B.\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten plausibel dargelegt, weshalb die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung - welche einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren entspricht (internationale Klassifikation psychischer Störungen [F45.4]) - sowie der posttraumatischen Belastungsstörung und der depressiven Störung nicht hätten gestellt werden können. Dass letztere beiden Beschwerdebilder nicht vorliegen, ist überdies unbestritten. Ferner sei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung klar auszuschliessen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liegt gemäss Dr. B.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht schon deshalb nicht vor, weil keinerlei psychosozialen Belastungsfaktoren eruiert werden konnten (vgl. Seite 17-18 des psychiatrischen Gutachtens). Dem kann ohne weiteres gefolgt werden.

8.1 Schliesslich vertritt der Beschwerdeführer die Auffassung, dass das bidisziplinäre Gutachten in Bezug auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes mit einer Arbeitsfähigkeit von 80% nicht nachvollziehbar und hinsichtlich der Opiatabhängigkeit widersprüchlich sei. Massgebend für die Zumutbarkeitsbeurteilung waren die somatischen Befunde. Dr. C.\_\_\_\_ stellte fest, dass in der körperlichen Untersuchung aktuell keine direkte Überlastungssymptomatik im Bereich des Achsenskelettes oder des lumbosakralen Übergangs oder des Iliosakralgelenkes linksseitig objektiviert werden könne. Die Beschwerden seien diffus und erfüllten die Kriterien eines Wide Spread Pain Syndroms sowie einer Opioid induzierten Hyperalgesie. Eine klare Ursache für die Schmerzen habe nicht gefunden werden können und sei auch in der aktuellen medizinischen Untersuchung des Bewegungsapparates nicht objektivierbar. In der körperlichen Untersuchung zeige sich eine gut erhaltene Funktionalität im Bereich des Bewegungsapparates, wo lediglich im Achsenskelett eine muskuläre Dekonditionierung feststellbar sei. Die rein somatischen Beschwerden könnten das subjektive Schmerzempfinden nicht erklären. Gesamthaft sei davon auszugehen, dass eine periphere Schmerzsensibilisierung aufgetreten sei und gleichzeitig eine Wide Spread Pain Symptomatik (Fibromyalgie) vorliege. Die Schmerzsymptomatik sei seit längerer Zeit bisher mittels Oxycodon therapiert worden, welches aktuell in einer Gesamtdosis von 1400 mg täglich eingenommen werde und so einem Morphinäquivalent von 2800 mg entspreche. Eine dauerhafte Beschwerdelinderung habe dadurch nicht erreicht werden können.

Aufgrund der Schmerzzunahme bei konstanter Dosierung und sogar bei Steigerung der Dosierung bestehe der Verdacht auf eine Opioid induzierte Hyperalgesie. Ferner bestehe durch die Operation eine Belastungslimitierung lumbal für körperlich schwere Tätigkeiten. Die Funktionalität habe sich nunmehr infolge des deutlichen Schmerzurückganges um 50% nach der Infiltration vom 21. Februar 2019 und Reduktion der Opioiddosis richtungweisend verbessert. Der Versicherte habe nach eigenen Aussagen seinen Alltag wieder aktiver gestalten, seine freundschaftlichen Beziehungen pflegen und vermehrt Haushaltstätigkeiten übernehmen können. In gesamtmedizinischer Hinsicht kamen die Gutachter deshalb zum Schluss, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit zwar nicht mehr arbeitsfähig sei. Eine den Beschwerden angepasste Tätigkeit sei ihm hingegen zu 80% zumutbar. In therapeutischer Hinsicht wäre eine Radiofrequenzablation im Bereich des Iliosakralgelenkes links zu evaluieren. Auch wäre eine Kryotherapie denkbar. Es empfehle sich, die Schmerzmedikation im Sinne einer Reduktion der Opiode umzustellen respektive eine Opiatrotation durchzuführen. Dabei sollte die Opiatdosis deutlich reduziert werden.

Schmerzmedizinisch wäre es möglich, mittels einer aufsteigenden Ketamin-Infusionstherapie unter stationären Bedingungen eine Opiatentgiftung erreichen zu können. Somit werde aus rheumatologischer Sicht empfohlen, eine ambulante oder stationäre Therapie zur Schmerzeinstellung respektive Reduktion der Opiate durchzuführen. Eine gleichzeitige Komedikation mit einem antidepressiven Medikament sei ratsam zur unterstützenden Schmerzdistanzierung. Die psychopathologischen Symptome, welche durch den aktuellen Opioid-Entzug bedingt seien, sollten - so Dr. B.\_\_\_\_ - in wenigen Wochen remittieren.

8.2 Im Ergebnis ist festzuhalten, dass das bidisziplinäre Gutachten in Kenntnis und in Würdigung aller damals vorliegenden medizinischen Berichte erstellt wurde. Die Beurteilung erweist sich als nachvollziehbar und schlüssig, weshalb darauf abgestellt werden kann. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes führten die Gutachter auf die Infiltration vom 21. Februar 2019 zurück und der Tatsache, dass es keine objektiven Befunde für die geklagten Schmerzen gab. Die Schmerzsituation wurde insofern berücksichtigt, als die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar und eine angepasste nur reduziert möglich sei. Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 80% ab April 2019 erweist sich im Zeitpunkt der Beurteilung als plausibel. Insbesondere gab es keine Hinweise auf eine Implantatlockerung (vgl. auch Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2019). Auch in Bezug auf die Opiatabhängigkeit ist das polydisziplinäre Gutachten im Zeitpunkt der Beurteilung nicht zu beanstanden. Dass der Versicherte ein ernsthaftes Suchtproblem hatte, wurde von den Gutachtern erkannt und ein Entzug mit entsprechender Ersatzmedikation dringend empfohlen. Die Halbierung der Dosis nach der Infiltration vom 21. Februar 2019 schien ein erster, erfolgversprechender Schritt. Die Wirkung der Opioide im Zusammenhang mit der Schmerzsituation wurde aber auch im Rahmen der 20%igen Einschränkung berücksichtigt. Wie die IV-Stelle ferner zurecht anführte, lag zum Zeitpunkt des gescheiterten Arbeitsversuches im Juni 2018, welcher auf eigene Initiative des Versicherten in Absprache mit seinem Arbeitgeber erfolgte, noch kein stabiler Gesundheitszustand vor. Die Verbesserung trat erst nach der Infiltration am 21. Februar 2019 ein, weshalb die attestierte Arbeitsfähigkeit von 80% nicht im Zusammenhang mit dem gescheiterten Arbeitsversuch zu werten ist.

9.1 Im Verlauf verschlechterte sich der Gesundheitszustand des Versicherten und es folgten weitere medizinische Abklärungen im E.\_\_\_\_. Bei einer SPECT-CT-Untersuchung vom 20. August 2020 wurde der Verdacht auf eine Lockerung des nicht durchbauten Cages LWK 4/5 nach dorsaler Stabilisierung L4/5 am 1. November 2017 geäussert. Da sich die Implantatlockerung gemäss Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Chefarzt der Spinalen Chirurgie, mit letzter Sicherheit erst anhand des intraoperativen Befundes feststellen lasse (Bericht vom 1. September 2020), wurde ein operativer Eingriff notwendig, welcher schliesslich am 20. November 2020 durchgeführt wurde. Wie dem Operationsbericht vom 20. November 2020 sowie dem Austrittsbericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 25. November 2020 entnommen werden kann, hat sich intraoperativ der Verdacht auf eine Non-union bei Status nach interkorporeller Spondylodese L4/5 am 1. November 2017 bestätigt.

9.2 Die IV-Stelle übermittelte dem Gericht am 9. Juni 2021 weitere medizinische Berichte des E.\_\_\_\_ vom 23. September 2020, vom 21. Oktober 2020, vom 6. Januar 2021 sowie vom 5. März 2021 und räumte ein, dass es wohl seit der rheumatologischen Untersuchung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 1. März 2019 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sei, aber mit grösster Wahrscheinlichkeit erst nach Erlass der Verfügung vom 11. März 2020. Die Tatsache, dass es im August 2020 Anzeichen einer Lockerung gegeben habe, bedeute nicht per se, dass die Lockerung bereits vor Verfügungserlass eingetreten sei.

Rechtsprechungsgemäss bilde der Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis. Somit könne die Verschlechterung nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden, sondern wäre im Rahmen einer Neuanmeldung zu prüfen. Der Beschwerdeführer vertrat hingegen die Ansicht, dass die klinischen Befunde, welche den Verdacht auf eine Implantatlockerung begründeten, klarerweise bereits vor Erlass der Verfügung vom 11. März 2020 bestanden hätten, weshalb die Befristung der Rente nicht gerechtfertigt sei. 10.1 Wie die IV-Stelle richtig ausführte, ist der Sachverhalt massgebend, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2020 entwickelte. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). Die Arztberichte, die nach diesem Datum erstellt wurden, werden deshalb grundsätzlich nicht berücksichtigt, es sei denn, sie erlauben Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation (BGE 121 V 362 E. 1b, Urteile des Bundesgerichts vom 20. April 2017, 8C\_71/2017, E. 8.3 und vom 30. August 2012, 9C\_949/2011, E. 3.2.2). 10.2 Vorliegend bestehen Hinweise dafür, dass die Implantatlockerung bzw. die Non-union bereits vor Verfügungserlass bestand. So führte Prof. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 23. September 2020 aus, dass im SPECT-CT vom 20. August 2020 keine sichere Durchbauung der Spondylodese L4/5 sichtbar sei und dieser Befund eine mögliche Erklärung für die Persistenz der Beschwerden sein könnte. Weiter erklärte er im Austrittsbericht vom 25. November 2020, dass die Wirbelsäulenproblematik, welche die Schmerzsituation ausgelöst habe, nun behoben sei. Die Frage, ob die nach Verfügungserlass festgestellten Rückenbefunde bereits vorher bestanden oder doch erst nach dem 11. März 2020 auftraten, lässt sich gestützt auf die vorhandene Aktenlage aber nicht zuverlässig beantworten. Namentlich ist unklar, ob das rheumatologische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ als Momentaufnahme zu verstehen ist, indem nach der Infiltration vom 21. Februar 2019 eine vorübergehende Besserung des Schmerzzustandes eintrat, die die Auswirkungen einer allenfalls schon bestehenden Lockerung des Implantats überdeckte, oder ob die Lockerung des Implantats und die darauf zurückzuführenden Beschwerden erst nach Verfügungserlass erfolgten. Im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes ist dieser Unsicherheit nachzugehen und fachärztlich abklären zu lassen, ob aufgrund des medizinischen Verlaufs die Frage zuverlässig beantwortet werden kann, ob die nach Verfügungserlass festgestellte Rückenproblematik, die zur Operation vom 20. November 2020 führte, schon vor dem 11. März 2020 bestand.

## **E. 11**

In diesem Zusammenhang bestehen auch Unklarheiten in Bezug auf die Opiatabhängigkeit des Beschwerdeführers, welche anlässlich der Operation vom 20. November 2020 zu einer Krisensituation führte. Die im bidisziplinären Gutachten vom 18. März/1. April 2019 erwähnte Reduktion der Opiode aufgrund der Zustandsverbesserung nach Infiltration am 21. Februar 2019 scheint nicht anhaltend gewesen zu sein. Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte einen Verdacht auf Opioid induzierte Hyperalgesie und empfahl eine Opiatentgiftung unter stationären, allenfalls ambulanten Bedingungen. Fraglich ist, wie sich die Situation nach dem bidisziplinären Gutachten bis zum Verfügungserlass bzw. darüber hinaus entwickelte, insbesondere, ob allenfalls aufgrund weiterbestehender somatischer Rückenbeschwerden die Einnahme der Opiode nicht unterbrochen werden konnte und die Arbeitsfähigkeit zusätzlich belastete, wie von Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 10. September 2019 beschrieben. Auch hier bedarf es einer fachärztlichen Einschätzung der Situation. An dieser Stelle bleibt zudem zu erwähnen, dass Suchterkrankungen als solche zwar nicht zu einer

Invalidität im Sinne des Gesetzes führen. Sie werden im Rahmen der Invalidenversicherung aber relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender, Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens sind, dem Krankheitswert zukommt (BGE 145 V 215 E. 4.1, Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2017, 8C\_663/2017, E. 3.3). Ist eine Abhängigkeit iatrogen verursacht, mithin mittelbare Folge eines Gesundheitsschadens, so können die Auswirkungen der Sucht für die Beurteilung eines Leistungsanspruchs der Invalidenversicherung bedeutsam sein (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2012, 8C\_48/2012, E. 2.3 und 3.2). Die Gutachter verneinten zwar eine Auswirkung der iatrogenen Opiatabhängigkeit auf die Arbeitsfähigkeit in ihrem Gutachten vom 18. März 2019/1. April 2019 ab April 2019. Dies unter dem Aspekt, dass der Versicherte die Dosis um die Hälfte hatte reduzieren können. Da der Beschwerdeführer die Dosierung offensichtlich wieder erhöhte, stellt sich deshalb nunmehr die Frage, wie der hohe Konsum nach April 2019 sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte.

#### **E. 12**

Aufgrund des Gesagten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die Angelegenheit zur Abklärung des Gesundheitszustandes des Versicherten nach April 2019 an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Namentlich ist im Rahmen der Sachverhaltsabklärung zu prüfen, ob fachärztlich festgestellt werden kann, ob die Implantatlockerung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit schon im Zeitpunkt der Rentenverfügung bestanden hat und von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor Verfügungserlass am 11. März 2020 auszugehen ist. In diesem Zusammenhang bleibt ferner abzuklären, ob die mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingenommene hohe Dosis an Opioiden eine invalidenversicherungsrechtliche relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach April 2019 zur Folge hatte. Gemäss Ausgang des Verfahrens erübrigt es sich demgegenüber, auf die Einwände des Beschwerdeführers bezüglich Einkommensvergleichs und Eingliederungsmassnahmen näher einzugehen.

#### **E. 13**

Es bleibt über die Kosten zu befinden. 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. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdegegenerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- aufzuerlegen sind. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- wird ihm zurückerstattet. Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. In seiner Honorarnote vom 2. September 2021 macht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von 12,5833 Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 209.-- geltend, was angemessen ist. Dem Versicherten ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'613.15 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. 14.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92

BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2).

14.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird erkannt: **://**: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 11. März 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. 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. 3'613.15 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) auszurichten.

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