



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 12. Januar 2017 (720 16 300 / 06)

Invalidenversicherung

IV-Rente/ Beurteilung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin i.V. Noémie Müller

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Axel Delvoigt, Advokat, St. Johannis-Vorstadt 23, Postfach 1328, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1954 geborene A.____ meldete sich erstmals am 9. November 2006 mit Hinweis auf eine Schulterverletzung, Diskushernien und ein Schleudertrauma bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – mit

Verfügung vom 20. März 2009 einen Rentenanspruch des Versicherten gestützt auf einen IV-Grad von 30 % ab.

A.2 Am 7. Januar 2011 reichte der Versicherte eine weitere Anmeldung bei der IV-Stelle ein. Als Begründung gab er Fuss- und Schulterbeschwerden an. Die daraufhin erfolgten Abklärungen ergaben einen IV-Grad von 32 %, weshalb mit Verfügung vom 23. Januar 2014 ein Rentenanspruch erneut abgewiesen wurde.

A.3 Am 30. Januar 2015 meldete sich A.____ wieder zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an. Zur Begründung gab er an, dass sich seine Beschwerden verschlimmert hätten und neu auch neurologische Ausfälle hinzugekommen seien, weshalb mehrere Operationen notwendig seien. Die Abklärungen der IV-Stelle ergaben, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten nicht wesentlich verschlechtert hätte. Mit Verfügung vom 12. August 2016 lehnte die IV-Stelle nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers gestützt auf einen IV-Grad von 28 % ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Dr. Axel Delvoigt, Advokat, am 14. September 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin wurde beantragt, es sei die Verfügung der IV-Stelle aufzuheben und ihm rückwirkend spätestens ab 1. Juni 2015 mindestens eine Dreiviertelsrente der Eidgenössischen Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung gab er im Wesentlichen an, dass gemäss den Ausführungen des behandelnden Psychiaters von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen sei.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 7. November 2016 beantragte die IV-Stelle die Beschwerde sei abzuweisen, da die medizinische Aktenlage keine andere Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erlaube. Diesem sei aus neutraler medizinischer Sicht die Ausübung einer seinen Leiden angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar.

D. Mit Eingabe vom 7. Dezember 2016 nahm der Beschwerdeführer Stellung zur Vernehmlassung vom 7. November 2016 und legte den Arztbericht vom 7. Dezember 2016 seines behandelnden Psychiaters Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bei.

E. Hierzu nahm die IV-Stelle mit Schreiben vom 21. Dezember 2016 Stellung und hielt an der Abweisung der Beschwerde fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes

über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 14. September 2016 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden ist zu prüfen, ob die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 12. August 2016 gestützt auf den Sachverhalt, wie er sich damals präsentiert hat, einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht ablehnte (vgl. BGE 132 V 215, E.3.1.1).

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).

3.3 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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). Diese Definitionen entsprechen den vor Inkrafttreten des ATSG per 1. Januar 2003 von der Rechtsprechung entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung (BGE 130 V 343 ff.).

3.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt.

3.5 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.

3.6 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

3.7 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist. Nach der Rechtsprechung sind die bei einem Revisionsfall geltenden Regeln bei einer Neuanschuldung dabei analog anzuwenden (vgl. die in BGE 130 V 343 nicht publizierte E. 4 des Urteils des EVG vom 30. April 2004, I 626/03, mit Hinweisen). Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 122 V 108, 130 V 71 E. 3.2.3).

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

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

welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

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

4.3 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).

4.3.1 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).

4.3.2 Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

4.4 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche

Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007 I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5. Die IV-Stelle trat ohne weiteres auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 30. Januar 2016 ein, nahm in der Folge Abklärungen vor und verneinte seinen Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 12. August 2016. Gemäss den vorstehenden rechtlichen Erwägungen ist bei der Beurteilung des Rentenanspruchs analog zur Rentenrevision zu prüfen, ob seit Erlass der Verfügung vom 12. August 2016 eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, einen Rentenanspruch zu begründen. Dabei sind im Wesentlichen nachfolgende Berichte zu beachten:

5.1. Im Zusammenhang mit dem Erlass der Verfügung vom 23. Januar 2014 gab die IV-Stelle zur Abklärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten bei der MEDAS C.____ ein polydisziplinäres Gutachten – mit Beteiligung der Disziplinen Innere Medizin/Rheumatologie, Psychiatrie und Neurologie – in Auftrag, welches am 28. November 2012 erstattet wurde. Darin wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maler/Bodenleger seit dem 7. September 2004 attestiert. In einer adaptierten Tätigkeit wurde hingegen eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit festgestellt. Diese sollten ausgeübt werden ohne Arbeiten mit der rechten oberen Extremität über der Horizontalen, ohne Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten oder in anderen absturzgefährdeten Positionen wegen eingeschränkter Haltefunktion rechts, ohne Heben/Schieben/Ziehen/Reissen von Lasten mit der rechten oberen Extremität über 7,5 kg, ohne Arbeiten in dauerhaft extendierter oder flektierter HWS-Stellung, ohne Heben/Tragen von Lasten über 10 kg, ohne kraftanfordernde oder repetitive manuelle Tätigkeiten, ohne regelhaft bimanuelle feinmotorische Arbeiten und 21 feinmotorische Arbeiten mit der linken Hand sowie nicht kniend oder hockend.

5.2.1 Im Rahmen der Neuanschuldung vom 30. Januar 2015 attestierte Dr. med. D.____, FMH Handchirurgie, am 8. Juli 2015 dem Beschwerdeführer neurologische Ausfälle an den Händen, eine Neuropathie am Ellenbogen links, eine Arthrose der Daumensattelgelenke und eine Dupuytrenkontraktur beidseits. Der Beschwerdeführer sei derzeit voll arbeitsfähig.

5.2.2 Der behandelnde Psychiater Dr. B.____ diagnostizierte in seinem Arztbericht vom 17. Februar 2016 eine Anpassungsstörung mit depressiver Störung mittleren Grades (ICD-10, F43.23) und bezifferte die Leistungseinschränkung ab 1. Januar 2015 dauerhaft mit 50 %. Der Beschwerdeführer sei seit 11. August 2015 bei ihm in Behandlung und er sehe ihn alle 14 Tage für eine Stunde. Auf eine medikamentöse Behandlung werde jedoch verzichtet. Der Beschwerdeführer berichte, dass er seit ca. fünf Jahren ausgelaugt sei und sich nach der Pensionierung sehne. Dabei spiele eine wesentliche Rolle, dass tagtäglich der ganze Körper schmerze. Er sei dauernd müde, habe Mühe morgens aus dem Bett zu kommen und habe ein ausgeprägtes Morgentief. Früher sei er eine Frohnatur gewesen, ein Meister der Motivationskunst. Heute sei er still, mürrisch und habe ein dünnes Nervenkostüm. Aufgrund des reduzierten Antriebs fehle die Energie, genügend Arbeit zu akquirieren. Die depressive Entwicklung sei Folge der vielen körperlichen Beschwerden und der damit einhergehenden Schmerzen und Einschränkungen. Der Überlebenskampf im Geschäft führe zu einem Angstpegel, der auch zur depressiven Gemütslage beitrage. Man müsse davon ausgehen, dass sich in den drei Jahren bis zum Erreichen des AHV-Alters in psychischer Hinsicht nichts ändern werde.

5.2.3 Dr. med. E.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), widersprach mit Bericht vom 23. Mai 2016 den Ausführungen von Dr. B.____. Eine Anpassungsstörung sei definitionsgemäss eine vorübergehende Störung, der das Merkmal der Dauerhaftigkeit fehle. Vor allem sei die Ausprägung der depressiven Symptome geringer als die einer leichten depressiven Störung. Die leichte depressive Störung wiederum könne im Einklang mit den gutachterlichen Empfehlungen in aller Regel keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die von Dr. B.____ beschriebenen Befunde und Beschwerden würde zeigen, dass sich diese mehrheitlich an den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers orientieren würden, hingegen fehle eine objektive Beschreibung der Affektlage, der Affektmodulation und des Affektrapports in der Untersuchungssituation sowie eine genaue Beschreibung des beobachteten psychomotorischen Antriebs. Des Weiteren würden Argumente aufgeführt, die nicht einer psychischen Erkrankung zugeordnet werden könnten, sondern invaliditätsfremd seien. Der Therapieintervall und der vollständige Verzicht auf eine antidepressive Medikation würden ebenfalls zu einer Anpassungsstörung mit insgesamt geringgradiger, also subdepressiver Symptomatik, passen. Zusammengefasst würden im Arztbericht von Dr. B.____ keine Beschwerden, Befunde oder anderweitige Hinweise aufgeführt, die auf das Vorliegen einer massgeblichen depressiven Störung und somit auf eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letzten Verfügung hinweisen.

5.2.4. Mit Bericht vom 13. September 2016 nimmt Dr. B.____ zu den Folgerungen des RAD-Arzttes Stellung. Er bestreitet, dass eine Anpassungsstörung stets vorübergehend sei. Dies gelte nur für Fälle, wo die provozierende Noxe abheile oder weg falle und die damit verbundene Verarbeitungsschwierigkeiten aufgearbeitet sowie abgebaut werden können. Beim Beschwerdeführer seien alle drei Kardinalsymptome einer Depression ausgeprägt vorhanden. Nach der Hamilton-Depressionsskala seien 21 von 29 Punkten gemessen worden, was einer ausgeprägten Depression entspreche. Nach dem Beck'schen Depressionsinventar ergäben sich 26 Punkte und damit eine mittelgradige Depression. Weiter hält Dr. B.____ fest, dass der Beschwerde-

führer stets in geordneter Kleidung erscheine. Er weise ein gequältes Gesicht auf und man sehe ihm von weitem eine depressive Verstimmung an. Zudem sei der psychomotorische Antrieb gehemmt. Er sei bereits am Morgen müde und es bestehe ein wesentliches Morgentief. Zudem bestünden eine deutliche Einengung der Lebensfreude und ein Interessenverlust sowie eine Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit. Die depressive Symptomatik sei wohl Folge der chronisch somatischen Problematik, die sich seit vielen Jahren hinziehe und den Patienten bis zum Lebensende nicht verlassen werde. Sie habe aber über die Jahre einen eigenständigen Krankheitswert erhalten und verstärke die Leistungseinschränkung eigenständig. Da die Ursache sich nicht ändern liesse, bestehe auch keine Hoffnung auf Linderung. Zum Gesprächsintervall von 14 Tagen hielt Dr. B._____ fest, dass sich die Behandlung notwendigerweise auf eine Langfristigkeit einzurichten und der Unabänderlichkeit der Problematik Rechnung zu tragen habe. Den Verzicht auf eine antidepressive Medikation rechtfertigt er dahingehend, dass eine solche leider nicht den propagierten Wirkungsumfang zeigen würde. Es gebe keinen evidenzbasierenden Grund beim Vorliegen einer mittelgradigen Depression Antidepressiva zu fordern oder dies als Mangel in der Behandlung zu kritisieren. Er bleibe bei seiner Einschätzung einer Arbeitseinschränkung von 50 %.

5.2.5 Hierzu äussert sich Dr. E._____ am 23. September 2016. Er bemerkt, dass Dr. B._____ nunmehr eine mittelschwere depressive Störung diagnostiziere. Für die Einschätzung des objektiven medizinischen Zustandes sei das Beck'sche Depressionsinventar ungeeignet, da es sich um einen reinen Selbstevaluationsfragebogen handle. Bezüglich der Hamilton-Depressionsskala sei kritisch anzumerken, dass ein überproportionaler Anteil beispielsweise den Schlaf betreffe. Wenn der Beschwerdeführer aufgrund somatischer Schmerzen schlecht schlafe, würde unweigerlich ein sehr hoher Wert auf der Skala erscheinen. Daher sei dieser Test ungeeignet. Besser wäre der MADRs-Test, welcher aber nicht durchgeführt worden sei. Zusammenfassend könne er die Diagnose einer mittelschweren depressiven Störung nicht nachvollziehen. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der geltend gemachten mittelgradigen Depression einerseits und der lediglich 14-täglichen Behandlung sowie der fehlenden antidepressiven Behandlung andererseits. Somit liege ein Indiz auf bisher nicht ausgeschöpfte Therapieoptionen vor.

5.2.6 In seinem Bericht vom 7. Dezember 2016 weist Dr. B._____ auf das Ergebnis des mittlerweile durchgeführten MADRs-Test hin, der einen Score von 32 ergeben habe, was auf das Vorliegen auf eine schwere Depression deute. Eine psychomotorische Antriebshemmung mit Morgentief liege vor. Die dadurch eingeschränkte Produktivität zeige sich etwas verzögert, weil der Beschwerdeführer durch jahrelanges Training sehr diszipliniert sei. Die pessimistische Prognose begründete er damit, dass die depressive Problematik durch die langjährigen und vielen somatischen Beschwerden ausgelöst worden sei. Diese habe sich inzwischen verselbstständigt und sei nicht genügend erfolgreich therapierbar. Die deduktiven Ableitungen des RAD aus der Diagnose und der Behandlung seien unzulässig, da eine Therapie nicht etwas versprechen sollte, was sie nicht einhalten könne und die angespannte Situation im Kräfte-Management des Beschwerdeführers nicht noch ungünstig beeinflussen sollte. Die somatischen Schmerzen und die entsprechenden körperlichen Einschränkungen seien nicht episodischer Natur, sondern unterhielten den depressiven Prozess. Der depressive Eindruck basiere auf einer prädisponie-

renden Persönlichkeitsstruktur bei der die Unversehrtheit und Kraft eine zentrale Rolle spielen würden. Das Krankheitsbild könne weder mit Medikamenten noch mit Psychotherapie aufgelöst werden. Der Sinn der Therapie müsse darin gesucht werden, eine weitere Verschlimmerung der psychischen Dynamik zu verhindern und die Restarbeitsfähigkeit im heutigen Ausmass zu erhalten.

5.2.7 Hierzu führt Dr. E.____ am 19. Dezember 2016 folgendes aus: Im Wesentlichen mache Dr. B.____ eine schwere Depression geltend, nachdem er zuvor in seinem Bericht vom Februar 2016 noch eine Anpassungsstörung diagnostiziert habe. Zwar würde nun das Ergebnis des MADRs-Tests von 32 vorliegen, ohne Hinweise zu beschreiben, worauf die angebliche Verschlechterung im Vergleich zum Bericht vom Februar 2016 beruhe. Zudem stimme das Ergebnis dieses Tests nicht mit der von Dr. B.____ erwähnte Hamilton-Depressionsskala von 21 überein. Vielmehr sei davon auszugehen, dass ein seit Februar 2016 gleichförmiger Verlauf der somatischen und der psychischen Situation bestehe. Die erste Einschätzung von Dr. B.____, wonach eine Anpassungsproblematik in schwieriger Lebenssituation vorliege, sei deshalb überzeugender als die folgenden Einwände, in welchen eine schwere Depression geltend gemacht werde. Sowohl die allgemeine Lebens- und Alltagsbewältigung als auch die laufende Therapie (alle 14 Tage und ohne Medikation) stünden in krassem Widerspruch zu einer schweren depressiven Episode. Dabei wäre der Betroffene nicht mehr in der Lage, sich aufzuraffen und zur Arbeit zu gehen. Des Weiteren wäre der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage regelmässig Auto fahren. Dies sei eine Tätigkeit, die eine hohe Konzentration und Aufmerksamkeit verlange. Zudem sei die Begründung des Verzichts auf Antidepressiva nicht nachvollziehbar, weil in keinem der vorherigen Berichte und Abklärungen eine abnorme Auffälligkeit oder eine Störung der Persönlichkeit beschrieben werde. Zudem könne eine depressive Symptomatik auch im Falle besonderer Persönlichkeitsmerkmale wirksam und zweckmässig mit Antidepressiva behandelt werden. Eine depressive Symptomatik als Folge somatischer Beschwerden könne damit günstig beeinflusst werden, zumal bestimmte Medikamente nachweislich eine schmerzdistanzierende Wirkung hätten. Es lägen klare Hinweise auf nicht ausgeschöpfte Therapieoptionen vor, die es nicht erlauben würden, bei einer Anpassungsstörung von einem dauerhaften und therapieresistenten Gesundheitsschaden auszugehen. Es bestehe ein deutlicher Widerspruch zwischen einer schweren Depression und dem Verzicht auf eine Behandlung, wie sie bei einem schweren Ausmass zu erwarten und indiziert wäre. Dr. E.____ stellt zusammenfassend nochmals fest, dass die Diagnose einer Anpassungsstörung nachvollziehbar sei, jedoch nicht eine mittelschwere oder schwere Ausprägung derselben. Dagegen würden die Alltagsbewältigung und das Funktionsniveau auch für kognitiv anspruchsvolle Tätigkeiten sprechen. Mit der fehlenden antidepressiven Behandlung würden nicht ausgeschöpfte Therapieoptionen vorliegen, welche gegen einen erheblichen, therapieresistenten und dauerhaften psychiatrischen Gesundheitsschaden sprechen würden.

6.1 Die IV-Stelle gelangte in der angefochtenen Verfügung vom 12. August 2016 gestützt die Ausführungen Dr. E.____ vom 23. Mai 2016 zur Auffassung, dass dem Beschwerdeführer aus gesamtmedizinischer Sicht die Ausübung einer adaptierten Tätigkeit zu 100% zumutbar sei. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3.2 hiervor), darf ein medizinischer Sachverhalt einzig gestützt auf einen RAD-Bericht beurteilt werden, solange keine – auch nur geringe – Zweifel an der

Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend besteht keinerlei Anlass, an der Richtigkeit der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. E._____ zu zweifeln. Dieser verfügt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen, um die Auswirkungen der diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu beurteilen (vgl. zu diesem Erfordernis: Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2010, 9C_736/2009, E. 2.1), sein Bericht setzt sich hinreichend mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und er nimmt eine schlüssige Zumutbarkeitsbeurteilung vor. Dazu kommt, dass sich in den Unterlagen – ausser jene von Dr. B._____ – keine fachärztlichen Berichte finden lassen, die sich abweichend zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer leidensangepassten Verweistätigkeit äussern würden. In pflichtgemässer Würdigung der medizinischen Aktenlage ist – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – daher festzuhalten, dass sich die IV-Stelle für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu Recht auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes stützte.

6.2 Daran ändern die Rügen des Beschwerdeführers bzw. des behandelnden Psychiaters nichts. Dabei ist zunächst mit Blick auf die Ausführungen von Dr. B._____ festzuhalten, dass das Gericht in Bezug auf seine Beurteilung der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf, dass er als behandelnder Spezialarzt mitunter im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten des Beschwerdeführers aussagt. Weiter lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte und Ärztinnen wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Dr. B._____ nennt zuerst, der Beschwerdeführer leidet an einer Anpassungsstörung mit depressiver Störung mittleren Grades (ICD-10, F43.23). Mit Bericht vom 7. Dezember 2016 diagnostiziert er hingegen eine schwere Depression. Dabei verzichtete er jedoch auf eine nachvollziehbare Begründung für diese Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Gesamthaft ist deshalb mit Dr. E._____ davon auszugehen, dass die Diagnose der Anpassungsstörung in schwieriger Lebenssituation überzeugender ist als die Diagnose einer schweren Depression. Zu beachten ist zudem im Zusammenhang mit mittelschweren depressiven Episoden, dass psychische Störungen dieser Ausprägung nur als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind. Dies setzt bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraus, dass keine therapeutische Option mehr gegeben ist und somit eine Behandlungsresistenz besteht (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 21. März 2016, 9C_539/2015, E. 4.1.3.1, vom 8. Oktober 2015, 8C_303/2015, E.4.4, vom 14. Juli 2016, 8C_131/2016, E.5.3.1 sowie vom 14. April 2016, 9C_13/2016, E.4.2.). Der Beschwerdeführer geht alle zwei Wochen zu Dr. B._____ in die Therapie und eine medikamentöse Behandlung wird nicht durchgeführt. Diese Bemühungen sind im Zusammenhang mit der diagnostizierten schwe-

ren Depression keineswegs ausreichend und es wäre zu erwarten, dass der Beschwerdeführer die therapeutischen Massnahmen intensiviert. Dabei ist insbesondere an eine medikamentöse Behandlung und an eine Intensivierung der Gesprächstherapie zu denken. Aber auch die Möglichkeit einer Tagesklinik oder stationären Behandlung könnte – entgegen den Ausführungen von Dr. B.____ – vom Beschwerdeführer verlangt werden. Bereits unter diesen Aspekten ist mit der vorstehend zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts und mit Dr. E.____ davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an keinem invalidisierenden Gesundheitsschaden leidet.

6.3 Auch aus den weiteren Argumenten von Dr. B.____ kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. So erwähnt er im Rahmen der Befundaufnahme unter anderem eine sichtbare depressive Verstimmung. Dabei handelt es sich um eine rein subjektive Äusserung des behandelnden Arztes, welcher ein fach-spezifischer Inhalt fehlt und die nicht geeignet ist, die Diagnose einer schweren Depression zu belegen. Die Beschwerdegegnerin weist denn auch zu Recht auf mehrere Diskrepanzen in den dargelegten Sachverhalten hin. So ist mit Dr. E.____ davon auszugehen, dass die geschilderten Alltagsbewältigung und das Funktionsniveau für kognitiv anspruchsvolle Tätigkeiten nicht mit der geltend gemachten Diagnose übereinstimmen. Auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer regelmässig Auto fährt und damit eine Tätigkeit bewältigt, die eine hohe Konzentration und Aufmerksamkeit verlangt, ist nicht in Einklang mit den Angaben von Dr. B.____ zu bringen. Ebenso wenig kann der Darstellung des Beschwerdeführers gefolgt werden, wonach er seit fünf Jahren mit psychischen Beschwerden kämpfe, ist doch keinem der vorliegenden Berichte ein Hinweis darauf zu entnehmen. Zudem erwähnte auch er bei der Neuanmeldung im Juni 2015 keine solchen Beschwerden, weshalb die durch Dr. B.____ rückwirkend ab dem 1. Januar 2015 gestellten Diagnosen fraglich sind.

6.4 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die IV-Stelle im Zusammenhang mit der Neuanmeldung des Beschwerdeführers zum Leistungsbezug vom 30. Januar 2015 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch der Arbeitsfähigkeit zu Recht auf den ausführlichen und einleuchtenden Bericht von Dr. E.____ vom 23. Mai 2016 abgestellt hat. Unter diesen Umständen kann entgegen dem Eventualbegehren des Beschwerdeführers auf zusätzliche medizinische Abklärungen verzichtet werden. Dazu ist festzuhalten, dass vom Beschwerdeführer eine relevante Änderung seines Gesundheitszustandes in somatischer Hinsicht nicht geltend gemacht wird. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Werden sodann die Sachverhalte, welche sowohl im Jahr 2009, 2014 als auch im Jahr 2016 zur Ablehnung des Rentenanspruch geführt haben, verglichen, so steht fest, dass sich weder der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers noch die Arbeitsfähigkeit seit der Rentenablehnung im Jahr 2014 massgeblich verändert hat. Damit steht fest, dass keine wesentliche Änderung in den tatsächli-

chen Verhältnissen eingetreten ist und damit die Voraussetzungen der Revision von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (vgl. oben E. 3.7).

7. Gemäss Art. 16 ATSG ist der IV-Grad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Da der Beschwerdeführer nach dem vorstehend Gesagten in adaptierten Verweistätigkeiten vollständig arbeitsfähig ist, kann ein solcher allerdings unterbleiben und ohne weitere Erörterungen festgehalten werden, dass der IV-Grad im Erwerbsbereich 0% beträgt. Die gegen die Verfügung vom 12. August 2015 erhobene Beschwerde erweist sich daher als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

8. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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. 1000.-- 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 die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Sie werden mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

9. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit den geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 29. Mai 2017 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. [8C 398/2017](#)) erhoben.

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