



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 27. Juli 2017 (720 17 38 / 191)

Invalidenversicherung

IV-Rente: Würdigung des medizinischen Sachverhalts, Kritik an den eingeholten Gutachten durch die behandelnden Fachärzte

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Anna Arquint, Behindertenforum, Bachlettenstrasse 12, 4054 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1956 geborene A.____ arbeitete zuletzt seit dem 3. Mai 2004 als Hilfsarbeiter-Metallbauer bei der B.____ GmbH in C.____. Am 15. Januar 2007 meldete er sich unter Hinweis auf starke Schmerzen im Oberarm bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab und lehnte mit Verfügung vom 30. Mai 2007 die Kostengutsprache für berufliche Massnahmen ab. Auf erneute Leistungsbegehren vom

23. Juni 2010 und 5. Februar 2013 trat die IV-Stelle jeweils mit Verfügungen vom 24. Februar 2011 und 9. Juli 2013 nicht ein. Ein Schreiben der nunmehr von A._____ als Rechtsvertreterin beauftragten Anna Arquint vom 28. Januar 2015 wurde von der IV-Stelle als neue Anmeldung zum Leistungsbezug entgegengenommen. Nach Abklärung des aktuellen medizinischen Sachverhalts sowie nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Januar 2017 den Rentenanspruch des Versicherten aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 5% ab.

B. Hiergegen erhob A._____, weiterhin vertreten durch Anna Arquint, am 24. Januar 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen, eventualiter sei eine zusätzliche Begutachtung, allenfalls beauftragt durch das Gericht, durchzuführen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung beantragt, alles unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die eingeholten rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten beweisrechtlich nicht verwertbar seien. So würden sie Lücken und Unvollständigkeiten aufweisen, den Einschätzungen der behandelnden Ärzte wesentlich widersprechen und in Bezug auf die herangezogenen Ressourcen zu unzulässigen Schlüssen gelangen. Ferner seien die sprachlichen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers ungenügend berücksichtigt worden.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 22. März 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Die eingeholten Gutachten erwiesen sich als nachvollziehbar und schlüssig, weshalb darauf abgestellt werden könne. Die Kritik des Beschwerdeführers vermöge diese nicht in Zweifel zu ziehen. Es sei folglich zu keiner Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes gekommen.

D. Mit Eingabe vom 3. April 2017 zog der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung zurück.

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 vom 24. Januar 2017 ist demnach einzutreten.

2.1 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 Bereich der Invalidenversicherung Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens der Erwerbsunfähigkeit sind nach dem mit der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.2 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.

2.3 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; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

3. Ausgangspunkt bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig bzw. im Aufgabenbereich eingeschränkt ist.

3.1 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).

3.2 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).

3.3 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). 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). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

3.4 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt 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. 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 Begut-

achtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.1 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. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

4.2.1 Zu beachten ist sodann, dass das Bundesgericht im Leiturteil BGE 141 V 281 ff. seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 140 V 13 f. E. 2.2.1.3) revidiert hat. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann danach weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Auch künftig wird der Rentenanspruch – in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) – anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht eine medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes trägt das Bundesgericht der seit längerem namentlich aus medizinischer, aber auch aus juristischer Sicht an der bisherigen Schmerzrechtsprechung geäusserten Kritik Rechnung und hält an der Überwindbarkeitsvermutung nicht weiter fest. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

4.2.2 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den genannten Gesundheitsschäden beachtlichen Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert: Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel "Gesundheitsschädigung". Darunter sind die Ausprägung

der diagnoserelevanten Befunde, der Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und die Komorbiditäten zu würdigen. Im zweiten, die "Persönlichkeit" betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt, und es sind die persönlichen Ressourcen des Versicherten zu eruieren. Im dritten Indikatoren-Komplex schliesslich ist unter dem Titel "Sozialer Kontext" eine Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds vorzunehmen. Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die "Konsistenz" zu prüfen. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien wie die Indikatoren einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und eines behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 296 ff. E. 4).

4.2.3 Zwar hatten die Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahin gehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und – in der Folge – Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektiver Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und damit vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität nur begründen, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 308 E. 6).

5. Bei der Würdigung des vorliegenden medizinischen Sachverhalts sind insbesondere die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

5.1 Nach der ersten Anmeldung des Beschwerdeführers bei der IV gab die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre Begutachtung in Auftrag. Im Gutachten vom 2. April 2007 diagnostizierten die involvierten Fachärzte Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie sowie Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5), angegebene chronische lumbale Rückenschmerzen seit Jahren mit seit mehreren Monaten bestehender brennender Schmerzsymptomatik im linken Oberschenkel ohne Nachweis eines organischen Substrats, angegebene zervikale Schmerzen sowie ein Halbseitenschmerzsyndrom auf der linken Seite ohne Nachweis eines organischen Korrelates. Die Diagnosen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers wurde in der Folge mit Verfügung vom 30. Mai 2007 abgelehnt.

5.2 Ein am 1. Dezember 2010 durchgeführtes EMG ergab Befunde, die mit einer beginnenden Neuropathie sowie einem beginnenden Karpaltunnelsyndrom rechts vereinbar seien.

5.3 Mit Schreiben vom 3. November 2013 führte die behandelnde Rheumatologin Dr. med. F.____, FMH Rheumatologie, aus, dass in den bisherigen IV-Verfahren die inzwischen bildgebend bestätigte Diagnose einer Spondylarthritis nicht berücksichtigt worden sei. Unter einer Behandlung mit Methotrexat sei es zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden an den peripheren Gelenken gekommen. Indessen würden starke Rückenschmerzen auch unter einer Begleittherapie mit TNF-Alpha-Blocker persistieren. Nach einem wiederholten MRI sowie radiologischen Kontrollen der Hals- und Lendenwirbelsäule habe sich das Bild einer non-radiologischen Spondylarthritis gezeigt. Somit seien radiologisch keine oder bloss leichte Veränderungen der Wirbelsäule zu sehen, im MRI würden jedoch deutliche Entzündungszeichen sichtbar. Die Untersuchung bestätige die Persistenz der entzündlichen Arthritis beim Patienten trotz maximaler medikamentöser Therapie. Zurzeit bestehe für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

5.4 Die IV-Stelle veranlasste in der Folge eine erneute Begutachtung durch die Dres. D.____ und E.____. Im Gutachten vom 18. Mai 2015 wurden in rheumatologischer Hinsicht folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: eine seronegative Spondylarthropathie (Spondylarthritis) mit radiomorphologisch sehr diskreten Befunden, vereinbar mit einem entzündlichen Geschehen, im Status mit keinerlei Synovitiden und unter Behandlung. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein seit Jahren chronifiziertes Halbseitenkörperschmerzsyndrom links, eine Polyneuropathie sowie ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom rechts. Die vorliegenden diskreten bildgebenden Befunde würden sich sehr oft auch bei klinisch asymptomatischen Patienten zeigen. Insgesamt sei dennoch wahrscheinlich von einer entzündlichen Problematik auszugehen. Es müsse jedoch festgehalten werden, dass die gesamte Schilderung der Schmerzsymptomatik durch den Exploranden mit den stärksten Schmerzen im Oberschenkelbereich vom Schmerzcharakter (Nadelstiche, Brennen, etc.) her nicht zu einem entzündlichen Geschehen passe, sondern klar einer funktionellen Problematik entspreche. Die brennenden Schmerzen im Bereich der Füße seien wiederum auf eine Polyneuropathie zurückzuführen. Diesbezüglich scheine ein organisches Problem vorzuliegen. Zusammenfassend liege einerseits eine funktionelle Komponente, andererseits wahrscheinlich eine entzündliche Problematik vor. Das funktionelle Problem dominiere jedoch klar und sei für einen Grossteil der subjektiv erlebten Beschwerden verantwortlich. Eine genaue Trennung der Komponenten sei indessen schwierig. Aufgrund der entzündlichen-rheumatologischen Krankheit sei eine körperlich schwere oder mittelschwere Tätigkeit nicht zumutbar. Für eine körperlich leichte Tätigkeit ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Gewichten über 10 kg, ohne dauerndem Sitzen oder Stehen, ohne Zwangshaltungen oder repetitivem Vornübergebeugtsein bestünde eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Diese Beurteilung gelte ab 2. Februar 2012.

Aus psychiatrischer Sicht hielt Dr. E.____ mit Gutachten vom 18. Mai 2015 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) fest, die jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Der Explorand beklage seit Jahren stärker werdende Schmerzen. Diese beträfen nun den ganzen Körper. Er könne nicht länger als eine Stunde in derselben Position bleiben

und fühle nebst den anhaltenden Schmerzen oft ein Ameisenlaufen. Die Schmerzen würden nie aufhören und durch die Schmerzmittel lediglich abgeschwächt. Seine psychische Verfassung sei nicht gut, weil er viele Probleme habe. Er leide auch unter einer Müdigkeit, die er jedoch mitunter den zahlreichen Medikamenten zuschreibe, die er einnehme. Der Explorand sei in seinem formalen Denken auf die Körperschmerzen eingeengt. Seit der letzten Begutachtung sei es auch zu einer weiteren deutlichen Schmerzausweitung gekommen. Gleichzeitig bestünden zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren. Es sei nie der Eindruck eines bewusstseinsnahen Mechanismus entstanden, es bestünden keine Hinweise auf eine Aggravation oder eine Begierlichkeit. Hingegen wirke der Explorand in seinen zahlreichen und teilweise sich wiederholenden Schilderungen der Schmerzen verdeutlichend. Die Foerster-Kriterien seien nicht genügend erfüllt. Es liege keine relevante Affektpathologie oder Persönlichkeitsstörung und somit keine psychiatrische Komorbidität vor. Aus objektiver Sicht bestünden eine vollständig intakte innerpsychische Vitalität und weiterhin vollständig erhaltene qualitative Funktionsfähigkeiten. Da aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, gelte die rheumatologische Beurteilung als Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit.

5.5 Mit neurologischem Gutachten vom 12. September 2015 diagnostizierte Dr. med. G.____, FMH Neurologie, eine leichte bis grenzwertige Polyneuropathie, ein leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts sowie ein marginales Karpaltunnelsyndrom links. Die Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Explorand beklage ein chronisches, im Verlauf progredientes multilokuläres Schmerzsyndrom, namentlich im Bereich des linken Armes und Beines sowie im Bereich des lumbalen Rückens mit panvertebraler Ausbreitung. In keiner der drei zwischen 2010 und 2014 durchgeführten MRI-Untersuchungen habe sich bildmorphologisch eine Kompromittierung neuraler Strukturen gezeigt. Auch anlässlich der aktuellen gutachterlichen neurologischen Abklärung hätten sich bezüglich der geklagten Rückenbeschwerden keine relevanten pathologischen Befunde gezeigt. Weder im Bereich der Halswirbelsäule noch der Lendenwirbelsäule seien relevante Bewegungseinschränkungen oder radikuläre bzw. spinale Symptome feststellbar gewesen. Die paravertebrale Muskulatur weise keine relevanten Tendomyosen auf. Es lägen keine sensomotorischen radikulären Ausfälle vor, die Muskeleigenreflexe hätten symmetrisch mittellebhaft ausgelöst werden können. Zusammenfassend bestehe eine nur leichte bis grenzwertige Neuropathie, welche im bisherigen Verlauf nicht progredient sei. Sie sei wohl als organischer Beschwerdekern der vom Exploranden geklagten brennenden Dysästhesien der Füße sowie der als Restless-Legs-Syndrom anmutenden nächtlichen Bewegungsunruhe der Füße zu verstehen. Eine namhafte alltagsrelevante Funktionseinschränkung könne daraus jedoch nicht abgeleitet werden. Gleiches gelte für das Karpaltunnelsyndrom. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zwar könne sich das Karpaltunnelsyndrom bei körperlich belastenden manuellen Tätigkeiten verschlechtern, dieses Beschwerdebild sei jedoch grundsätzlich behandelbar.

5.6 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte Dr. F.____ ein Schreiben vom 18. Dezember 2015 ein. Darin führte sie aus, dass der Patient an einer Spondylarthritis leide, welche bereits maximal therapiert werde und trotzdem aktiv bleibe. Die Krankheitsaktivität fluktuere über die Jahre, entspreche aber jeweils einem hohen bis sehr hohen Bereich. Die geschilderten Symptome seien kongruent und jederzeit absolut nachvollziehbar. Sie würde eine

konstante Aktivität der Erkrankung mit periodischen Exazerbationen beobachten. Bei einem solchen Krankheitsverlauf habe der Patient auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Chance. Die konstante Aktivität der Krankheit führe überdies zu einer nicht-überwindbaren Erschöpfung und damit zusammenhängend zu Problemen in der Konzentration und Leistungsfähigkeit. Mit einer Biologika-Therapie habe der Patient eine Verbesserung der Beschwerden von 20% wahrnehmen können, die Einschränkungen im Alltag würden jedoch in erheblichem Ausmass verbleiben.

5.7 Der behandelnde Facharzt Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigte mit Bericht vom 6. Januar 2016, dass der Patient seit dem 25. August 2014 bei ihm in ambulanter Behandlung stehe. Es sei eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 32.11) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) zu diagnostizieren. Die depressive Entwicklung sei auf die psychosozialen und finanziellen Probleme des Patienten zurückzuführen, hätte sich zwischenzeitlich jedoch verselbstständigt und chronifiziert. Die Foerster-Kriterien seien erfüllt. Neben der psychiatrischen Komorbidität seien auch der ausgewiesene soziale Rückzug in allen Lebensbereichen sowie unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequenter Behandlungsbemühungen gegeben. Das psychiatrische Gutachten von Dr. E.____ weise verschiedene Mängel auf. So würden die latenten Selbstmordgedanken des Patienten nicht erwähnt, der soziale Rückzug unrichtig gewertet und die sprachlichen Fähigkeiten des Patienten überschätzt.

5.8 Mit Stellungnahmen vom 25. April 2016 und 27. Juli 2016 nahm pract. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin zur Kritik von Dr. H.____ Stellung.

5.9 Mit Schreiben vom 15. August 2016 führte Dr. D.____ aus, dass dem Bericht von Dr. F.____ keine substantiellen neue Fakten zu entnehmen seien, die seine Beurteilung zu ändern vermögen würden. Vielmehr sei dem vom Exploranden beschriebenen Tagesablauf zu entnehmen, dass er regelmässige Tagesaktivitäten tätige. So fahre er seine Frau mit dem Auto zur Arbeit und gehe anschliessend in seinen Garten, um zu arbeiten und zu spazieren. Danach hole er seine Frau von der Arbeit ab. Der Tagesablauf entspreche insgesamt einer leichten körperlichen Betätigung, dies etwa im Umfang eines Ganztagespensums. Im körperlichen Status hätten sich überdies keine entzündlichen Befunde gezeigt und die radiologischen Befunde seien diskret gewesen.

5.10 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer einen aktuellen Bericht der behandelnden Rheumatologin vom 25. Januar 2017 ein. Darin bekräftigt Dr. F.____ den schubweisen Charakter der Spondylarthritis des Beschwerdeführers. Trotz maximaler Behandlung persistiere die Krankheit jeweils ohne komplette Remission. Zwar würden viele Patienten mit einer Spondylarthritis arbeiten können, diese Patienten sprächen jedoch jeweils auf die Therapien an. Beim Beschwerdeführer sei dies nicht der Fall. Nicht nur die im Vordergrund stehenden Rückenschmerzen, sondern auch das intermittierende Auftreten von Fersenschmerzen beidseits sowie Schmerzen in den Fingergelenken, Knien, Handgelenk und Schultern seien Ausdruck der aktiven Erkrankung. Unter Therapie habe beim Patienten

eine deutliche Regredienz der Intensität der Beschwerden erreicht werden können, jedoch keine Remission. Somit bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für schwere und mittelschwere Tätigkeiten. Für leichte Tätigkeiten sei eine maximale Arbeitsfähigkeit von 30% zu attestieren.

5.11 Mit Schreiben vom 21. Februar 2017 und 20. März 2017 nahmen die RAD-Ärzte Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, respektive med. pract. I.____ zu den medizinischen Vorbringen in der Beschwerde Stellung.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 3. Januar 2017 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Gutachten der Dres. D.____ und E.____ vom 18. Mai 2015, das Gutachten von Dr. G.____ vom 12. September 2015 sowie die Einschätzungen ihrer RAD-Ärzte ab. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Versicherten eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 100% zumutbar sei. Wie unter Erwägung 3.3 hiavor ausgeführt, 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. Solche Indizien liegen vorliegend nicht vor. Die Gutachten der Dres. D.____, E.____ und G.____ weisen keine formellen Mängel auf, beruhen auf eingehenden Untersuchungen des Versicherten und berücksichtigten auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte. Zudem gehen sie auf die geklagten Beschwerden ein und vermitteln so ein genügend umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten. Es wird deutlich, dass der Versicherte nebst einer chronischen Spondylarthritis keine somatischen oder psychiatrischen Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufweist. Vor diesem Hintergrund ist auch die fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet. Insgesamt ist die Beurteilung in den rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Gutachten sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen überzeugend.

6.2 Daran vermögen auch die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. In Bezug auf das rheumatologische Gutachten von Dr. D.____ vom 18. Mai 2015 bringt er insbesondere vor, dass die gutachterliche „Momentaufnahme“ die chronische und schubweise auftretende Krankheit bloss ungenügend dargestellt habe. So komme auch seine behandelnde Rheumatologin Dr. F.____ – welche ihn schon seit Jahren behandle und als Erste die Diagnose einer Spondylarthritis gestellt habe – zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. D.____ sämtliche medizinischen Vorakten sowie sämtliche bildgebenden Untersuchungsbefunde vorgelegen haben und es ihm als Facharzt durchaus möglich ist, den Verlauf einer chronischen bzw. schubweisen Krankheit nachzuvollziehen. Es sind denn auch keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass er diesen Verlauf in seiner Beurteilung nicht berücksichtigt habe. Vielmehr äussert sich Dr. D.____ differenziert zur Abgrenzung der entzündlichen Erkrankung von der ebenfalls vorhandenen funktionellen Schmerzproblematik. Dr. F.____ unterscheidet zwischen diesen Beschwerdebildern nicht, obwohl dies aufgrund der

diskreten Befunde und der psychiatrischerseits im Raum stehenden Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung angezeigt wäre. Im Übrigen finden sich in den Berichten von Dr. F.____ unklare bzw. widersprüchliche Angaben über die Erfolge der medikamentösen Therapien sowie der Art und Ausprägung der Schmerzen des Beschwerdeführers. Der zur Kritik des psychiatrischen Gutachtens von Dr. E.____ vom 18. Mai 2015 zitierte Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. H.____ ist ebenfalls nicht geeignet, die Einschätzung des Gutachters in Frage zu stellen. Dr. H.____ stützt seine abweichende Beurteilung ausschliesslich auf die subjektiven Angaben seines Patienten, der Bericht enthält kaum objektive Befunde. Die Kritik am Gutachten von Dr. E.____ ist – sofern Dr. H.____ inhaltlich dazu überhaupt Stellung nimmt – weder begründet noch substantiiert. Die Ausführungen des behandelnden Arztes vermögen daher – auch im Hinblick auf die vorgebrachten Mängel in der Anamnese – das beweiskräftige Gutachten von Dr. E.____ nicht in Frage zu stellen (vgl. auch E. 3.4 hiavor). Ferner bringt der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die entsprechenden Ausführungen von Dr. H.____ vor, dass seine mangelnden Deutschkenntnisse eine regelrechte Verständigung mit den Gutachtern verunmöglicht hätten. Dieses Vorbringen erscheint nicht nachvollziehbar, erwähnen doch sowohl Dr. D.____ (Gutachten vom 2. April 2007, S. 7 und vom 18. Mai 2015, S. 19) und Dr. E.____ (Gutachten vom 2. April 2007, S. 16 und vom 18. Mai 2015, S. 15) wie auch Dr. G.____ (Gutachten vom 12. September 2015, S. 3) die guten oder doch zumindest ausreichenden Deutschkenntnisse des Exploranden. Aus den Gutachten werden sodann auch keinerlei Verständigungsschwierigkeiten ersichtlich.

6.3 Auch die für die Indikatorenprüfung relevanten Ressourcen und Einschränkungen lassen sich den Gutachten, insbesondere dem psychiatrischen Gutachten von Dr. E.____ vom 18. Mai 2015, entnehmen (vgl. E. 4.2 hiavor). Dies wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht grundsätzlich bestritten. Allerdings bringt er vor, dass sein Tagesablauf und seine Beziehungen zu Unrecht als Hinweis auf intakte Ressourcen herangezogen würden. Dem Beschwerdeführer ist zwar zuzustimmen, dass auch Invalide ihren Tag gestalten, sich betätigen und soziale Kontakte pflegen dürfen. Indessen wird aus dem im Gutachten geschilderten Tagesablauf des Beschwerdeführers doch eine nicht unerhebliche Aktivität ersichtlich. So steht der Beschwerdeführer regelmässig früh auf, fährt Auto, arbeitet in seinem Freizeitgarten und pflegt intakte Beziehungen zu seiner Tochter, den Enkelkindern sowie zu Verwandten. Dr. E.____ beschreibt in seinem Gutachten ferner intakte persönliche Ressourcen. Eine psychiatrische Komorbidität wird überzeugend verneint. Der Beschwerdeführer steht in psychiatrischer Behandlung, allerdings – gemäss Abklärungen der Beschwerdegegnerin – bloss in einer losen Frequenz von ca. einmal im Monat. Eine Einschränkung des Versicherten im Alltag ist aus den Angaben des Beschwerdeführers jedenfalls nicht ersichtlich. Aufgrund der beschriebenen Ressourcen, dem Tagesablauf und der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers ist eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu verneinen.

6.4 Zusammenfassend lassen die Gutachten der Dres. D.____, E.____ und G.____ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu, weshalb die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage darauf abstellen durfte. Folglich ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer leichten körperlichen Tätigkeit ohne

Heben, Stossen oder Ziehen von Gewichten über 10 kg, ohne dauerndem Sitzen oder Stehen, ohne Zwangshaltungen oder repetitivem Vornübergebeugtsein in einem vollen Pensum arbeitsfähig ist. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Antrag des Beschwerdeführers, wonach weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen seien, nicht stattzugeben. 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 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

7. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 2.3 hiavor), ist gemäss Art. 16 ATSG der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 3. Januar 2017 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Dabei hat sie anhand der Gegenüberstellung des Valideneinkommens als Schlosser von Fr. 66'163.– (gestützt auf die Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik [LSE] 2014, Tabelle TA 1, Sektor 24-25) und des zumutbaren Invalideneinkommens von 63'130.– (gestützt auf die LSE 2014, Tabelle TA 1, Privater Sektor Total, unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 5%) einen Invaliditätsgrad von 5% ermittelt. Die Berechnung, die vom Versicherten nicht beanstandet worden ist, erweist sich als rechters. Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 3. Januar 2017 verwiesen werden.

8. Nach dem Ausgeführten ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 3. Januar 2017 erweist sich als korrekt und die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

9. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten, die praxisgemäss auf Fr. 800.– festgesetzt werden, ihm zu auferlegen sind. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

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

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