



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. Mai 2017 (720 16 411 / 113)

Invalidenversicherung

Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente aufgrund übereinstimmender ärztlicher Berichte; Beweiswert einer RAD-Stellungnahme

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Nikolaus Tamm, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1960 geborene A.____ arbeitet seit 7. Juli 2014 als Maler bei der B.____ AG in C.____. Am 1. Dezember 2014 meldete er sich unter Hinweis auf "Bandscheibenvorfälle" bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft mit Verfügung vom 4. November 2016 seinen Leistungsanspruch mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab.

B. Gegen diese Verfügung reichte A.____, vertreten durch Advokat Nikolaus Tamm, am 9. Dezember 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ein. Er beantragte, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung gestützt auf ein gerichtlich angeordnetes interdisziplinäres Gutachten eine unbefristete Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen und zur anschliessenden interdisziplinären Begutachtung zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In der Begründung wurde eine mangelhafte Abklärung des Sachverhalts gerügt. Die dem ablehnenden Rentenentscheid zugrunde liegende Beurteilung des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 12. August 2016 sei nicht beweistauglich. Es fehle insbesondere an einer interdisziplinären Zumutbarkeitsbeurteilung, deren Notwendigkeit sich aus dem ausführlichen Bericht der neurologisch-neurochirurgischen Poliklinik des Spitals D.____ vom 28. November 2016 ergebe. Ohne weitere medizinische Abklärungen wie z.B. einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFU) könne die Arbeitsfähigkeit nicht rechtsgenügend beurteilt werden. Der Rentenentscheid sei deshalb auch verfrüht erfolgt.

C. Mit Vernehmlassung vom 1. Februar 2017 beantragte die IV-Stelle unter Verweis auf die RAD-Stellungnahme vom 10. Januar 2017 die Abweisung der Beschwerde.

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 der Versicherten vom 9. Dezember 2016 ist demnach einzutreten.

2. Der Versicherte macht zunächst geltend, er habe Anspruch auf Durchführung von Eingliederungsmassnahmen. Das prozessuale Verhältnis von Eingliederungsmassnahmen und Invalidenrenten unterliegt der Rechtsprechung zum Anfechtungs- und Streitgegenstand gemäss BGE 125 V 413. Danach sind im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich in Form einer Verfügung Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (vgl. auch BGE 131 V 164 f. E. 2.1 mit Hinweisen). Der Rentenanspruch sind einerseits und die einzelnen Eingliederungsmassnahmen andererseits als je unterscheidbare, streitgegenstandsfähige Rechtsverhältnisse zu begreifen (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zü-

rich/Basel/Genf 2014, zu Art. 28 Rz. 18). Dabei ist stets als Erstes zu prüfen, worüber die IV-Stelle tatsächlich verfügt hat. Vorliegend beurteilte die IV-Stelle in der Verfügung vom 4. November 2016 einzig den Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen wurde in dieser Verfügung nicht geprüft. Aus diesem Grund kann auf das Rechtsbegehren des Versicherten, soweit er damit die Prüfung von Eingliederungsmassnahmen beantragt, im vorliegenden Verfahren nicht eingetreten werden.

3.1 In materieller Hinsicht ist zu beurteilen, ob der Versicherte Anspruch auf eine unbefristete ganze Invalidenrente hat. 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.

3.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG).

3.3 Nach Art. 6 ATSG 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 andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.4 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

3.5 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 Beweismit-

tel, 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).

3.6 Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG). Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.1).

3.7 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219). Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2017, 8C_839/2016, E. 3.1 f.; BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und E. 4.7 S. 471).

4.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Versicherte am 7. August 2014 wegen eines Bandscheibenvorfalles L4/5 im Spital E._____ operiert wurde (vgl. Bericht des Spitals E._____ vom 31. Juli 2014 und Operationsbericht vom 7. August 2014). Am 2. Dezember 2014 berichtete der behandelnde Arzt des Spitals E._____, dass nun 3 Monate nach der Opera-

tion eine Arbeitsbelastungsprobe als Maler erfolgen könne. Es werde dem Versicherten zunächst eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Dabei seien schweres Heben und Verharren in Zwangshaltungen zu vermeiden.

4.2 Die Hausärztin Dr. med. F.____, FMH Allgemeinmedizin, hielt in ihrem Bericht vom 22. Dezember 2014 als Diagnosen eine Diskushernie L4/5 mediolateral rechts nach kaudal reichend sowie ein Zervikalsyndrom bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen C3 - C6 fest. Seit der Operation habe der Versicherte bei Überbelastung lumbale Schmerzen. Dazu kämen zunehmende Nackenschmerzen. Gemäss MRI vom 5. November 2014 beständen fortgeschrittene degenerative Veränderungen zwischen C3 - C6 mit leicht- bis mittelgradiger Einengung der linken Neuroforamina. Die Tätigkeit als Maler sei ungünstig. Seit 10. Dezember 2014 sei er in seiner angestammten Tätigkeit als Maler bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig. Dabei sollten Überkopfbewegungen, Tragen von Lasten über 8 kg und fixe Stellungen in Repetition vermieden werden. Es sei anzunehmen, dass die Ausübung des angestammten Berufes das Leiden des Versicherten verschlimmere und letztlich zu einem 100%igen Arbeitsausfall führe.

4.3 Auf Empfehlung des RAD-Arztes Dr. med.G.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 16. Februar 2015 holte die IV-Stelle einen weiteren Bericht des Spitals E.____ ein. In seinem Bericht vom 20. Februar 2015 führte PD Dr. med. H.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, dass der Versicherte auf Höhe der Lendenwirbelsäule (LWS) weitgehend beschwerdefrei sei. Es hätten sich jedoch vermehrt Schmerzen an der Halswirbelsäule (HWS) entwickelt, welche bereits vor der Operation der LWS vorhanden gewesen sei, deren Behandlung aber wegen der aktuellen LWS-Problematik zurückgestellt worden seien. Wegen der HWS-Problematik könne er keine Arbeiten in Reklination und Zwangshaltungen ausführen. In Bezug auf die LWS sollte der Versicherte schwere körperliche Arbeiten und schweres Heben vor dem Körpermittelpunkt vermeiden. Es sei dem Versicherten deshalb nicht mehr möglich, seinen angestammten Beruf als Maler auszuüben. PD Dr. H.____ attestierte ab 8. Januar 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

4.4 Dr. G.____ führte in seiner Stellungnahme vom 5. März 2015 aus, dass der Versicherte gemäss den medizinischen Beurteilungen an einem LWS- und einem HWS-Syndrom leide. Der Gesundheitszustand sei inzwischen stabil. An der LWS sei er wenige Monate nach der Operation im August 2014 nicht mehr in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Es sollten jedoch rückenbelastende Tätigkeiten weiterhin vermieden werden. Das Hauptproblem sei das degenerative HWS-Syndrom, welches zwar keine neurologischen Ausfälle verursache, aber zu einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Bau- und Kundenmaler führe. In einer leidensangepassten Tätigkeit ohne erhöhte Belastung der HWS und LWS bestehe dagegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Es sei zu erwarten, dass das HWS-Syndrom weiterhin rezidivierende Beschwerden verursachen werde. Sofern aber das von PD Dr. H.____ definierte Belastbarkeitsprofil eingehalten werde, werde er vollzeitlich eine leidensangepasste Arbeit ausführen können. Ein wesentliches Besserungspotential bestehe nicht, weshalb keine weiteren medizinischen Abklärungen erforderlich seien. Es seien berufliche Massnahmen zu prüfen. Am 24. November 2015 stellte Dr. G.____ fest, dass der Versicherte immer wieder über starke

Schmerzen am Nacken, über beide Schultern und in der oberen Rückenhälfte klage. Ein Arbeitsversuch sei gescheitert. Es sei deshalb davon auszugehen, dass seit Anfang Juli 2015 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Maler bestehe. Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer alternativen Tätigkeit bedürfe es weiterer Abklärungen.

4.5 Am 30. November 2015 untersuchte Dr. med. I.____, FMH Neurologie, den Versicherten. Er stellte dabei fest, dass sich neurologisch eine normale Sensomotorik ohne Hinweise auf eine radikuläre Irritation oder eine radikuläre Ausfallsymptomatik zeige (vgl. auch Bericht vom 7. September 2015).

4.6 Dr. med. J.____, FMH Anästhesiologie, Klinik L.____, kam in ihrem Bericht vom 9. Dezember 2015 zum Schluss, dass der Versicherte aufgrund seiner Leiden an der LWS und der HWS seine angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben könne, weil er keine Lasten heben und nicht mehr auf Leitern stehen könne. In Bezug auf eine Verweistätigkeit füllte sie das entsprechende Formular der IV-Stelle aus. Danach könne der Versicherte eine leichte leidensangepasste wechselbelastende Tätigkeit (ohne Bücken, ohne Überkopfarbeiten, ohne Kauern, ohne Rotationen im Sitzen und Stehen, ohne Steigen auf Leitern und Gerüsten und ohne Heben von Lasten über 15 kg) vollzeitlich ausüben.

4.7 Wegen eines Vorhofflimmerns wurde der Versicherte am 16. Dezember 2015 im Spital E.____ kardiologisch untersucht. Im entsprechenden Bericht wurde festgehalten, dass das Vorhofflimmern einmalig am 26. Oktober 2015 aufgetreten sei. Mit Beloc Zok hätten sich die Symptome gebessert. Anlässlich der Untersuchung habe sich ein kardiopulmonal kompensierter Patient mit normotensivem Blutdruck gezeigt. Es sei deshalb die inzwischen etablierte Medikation fortzusetzen.

4.8 Am 6. Januar 2016 nahm Dr. G.____ abermals Stellung zur medizinischen Aktenlage. Er schloss sich der Beurteilung von Dr. J.____ an, wonach in einer leidensangepassten leichten wechselbelastenden Verweistätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Eine abschliessende Beurteilung könne aber erst nach Vorliegen der Berichte der behandelnden Psychologin und von Dr. F.____ vorgenommen werden.

4.9 Die Psychologin K.____, Klinik L.____, berichtete am 12. Januar 2016, dass der Versicherte eine depressive Symptomatik aufweise, welche durch die Schmerzsymptomatik bedingt sei. Bei einer Besserung der Schmerzen und der körperlichen Leistungsfähigkeit würde sich auch die psychische Symptomatik reduzieren.

4.10 Dr. F.____ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 21. Januar 2016 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Diskushernie L4/5 und ein Cervikalsyndrom bei Osteochondrose C4 - C7 mit pathologischer Kyphosierung und relativer spinaler Enge. Sie berichtete, dass sich die zervikalen Schmerzen nach lokalen Infiltrationen gebessert hätten. Dafür hätten im Herbst 2015 die lumbalen Beeinträchtigungen wieder zugenommen. Diese hätten mit Infiltrationen erfolgreich behandelt werden können. In psychischer Hinsicht beständen je nach Symptomatik wechselnd Euphorie und ein depressives Zustandsbild. Gegenwärtig finde eine interdisziplinäre Zu-

sammenarbeit zwischen Dr. J.____, Dr. I.____ und der Physiotherapie statt. Zusätzlich werde er in der Klinik L.____ psychologisch begleitet. Als Maler sei der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig. Es sei jedoch zu erwarten, dass er bei geeigneter Arbeit voll leistungsfähig sei. Vorher sei aber die körperliche Leistungsfähigkeit abzuklären.

4.11 Das MRI der HWS vom 1. Februar 2016 zeigte osteodiskogen bedingte multisegmentale Neuroforaminalstenosen mit Affektion bzw. Kompression der Nervenwurzeln C5 - C7 links und C6 - C7 rechts (vgl. Bericht der Radiologie und Nuklearmedizin, Spital D.____, vom 1. Februar 2016).

4.12 Vom 2. Mai 2016 bis 21. Mai 2016 hielt sich der Versicherte stationär in der Klinik L.____ auf. Im Austrittsbericht vom 6. Juli 2015 wurden als Diagnosen ein Zervikalsyndrom mit radikulärem Reizsyndrom C5/C6, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, eine teilremittierte depressive Episode sowie eine Hypovitaminose D festgehalten. Während des Aufenthalts wurde er internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch abgeklärt. Bei der körperlichen Untersuchung hätten sich paravertebral druckdolente Facettengelenke C4 - C6 gezeigt. Bei der HWS sei bildgebend eine Osteochondrose C3 - C7 festzustellen. Diese degenerativen Veränderungen könnten sowohl die zervikalen Schmerzen als auch die Schmerzausstrahlung in den Arm erklären. Aufgrund der neurologischen Untersuchung könne elektroneurographisch und -myographisch eine Läsion des Nervus Ulnaris und von C8 ausgeschlossen werden. Während der Hospitalisation habe der Versicherte aufgrund der verschiedenen Behandlungen seine Schmerzen teilweise reduzieren und die zervikale Stabilität teilweise verbessern können. Aus psychiatrischer Sicht sei die depressive Episode als teilremittiert zu betrachten. Es werde in dieser Hinsicht die Fortführung der medikamentösen Behandlung und der ambulanten Psychotherapie empfohlen.

4.13 Am 21. Juni 2016 führte die Psychologin K.____ aus, dass sich der psychische Zustand nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik L.____ vom 2. bis 21. Mai 2016 vorerst gebessert habe. Nach etwa 3 ½ Wochen seit der Entlassung seien aber Symptome wie Hilflosigkeit, Zukunftsängste, Selbstwertproblematik, Schlafstörungen, Antriebsprobleme und ein impulsives Verhalten mit Wut und Niedergeschlagenheit aufgetreten. Die Auswirkungen der depressiven Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit habe ein Arzt zu beurteilen.

4.14 Am 12. August 2016 hielt der RAD-Arzt Dr. G.____ das Belastungsprofil fest. Danach seien dem Versicherten gemäss der medizinischen Aktenlage leichte wechselbelastende rückenadaptierte Tätigkeiten zuzumuten. Dabei bestehe eine Gewichtslimite von 10 kg. Gewichte sollten nicht körperfern und mit einer Vornüberneigung gehoben werden. Zwangshaltungen des Rumpfes, Überkopfarbeiten, Reklinationen und Zwangshaltungen des Kopfes seien nicht mehr möglich. Dr. G.____ nahm in seiner Stellungnahme vom 1. November 2016 Stellung zum Einwand des Versicherten, wonach eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht zumutbar und nicht rechtsgenüchlich nachgewiesen sei. Dazu führte er aus, dass er sich bei seiner Beurteilung auf umfangreiche interdisziplinäre Untersuchungsergebnisse stütze, die er gesamtmedizinisch zusammengefasst gewürdigt habe. Aufgrund der vorliegenden ärztlichen Beurteilungen, der ausführlichen klinischen und bildgebenden Befundlage habe ein Profil für

eine Verweistätigkeit erstellt werden können. Dabei seien die degenerativen Veränderungen an der LWS und HWS berücksichtigt worden. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte seit Austritt aus der Klinik L.____ am 21. Mai 2016 in einer leidensangepassten Arbeit zu 100 % arbeitsfähig sei. In seiner Stellungnahme vom 1. November 2016 führte Dr. G.____ weiter aus, dass eine somatoforme Schmerzstörung fachärztlich nicht diagnostiziert worden sei. Gemäss der psychiatrischen Beurteilung der Klinik L.____ sei eine depressive Episode weitgehend remittiert. Da die umfangreichen rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen in der Klinik L.____ einen guten Funktionsumfang des muskuloskelettalen Systems belegen und sensomotorische Ausfälle ausschliessen würden, halte er an seiner Zumutbarkeitsbeurteilung fest.

4.15 Gemäss Bericht der neurologisch-neurochirurgischen Poliklinik des Spitals D.____ vom 28. November 2016 lasse sich in den oberen Extremitäten keine sensomotorische Ausfallsymptomatik finden. In Bezug auf das chronische Lumbovertebralsyndrom bestände eine pseudoradikuläre Ausstrahlung ins Gesäss. Das MRI der LWS vom 1. Februar 2016 zeige keine lumbale Wurzelkompression oder Spinalkanalstenose. Klinisch sei eine Hypästhesie des rechten Beines bei einem residuellen sensiblen Ausfallsyndrom im Dermatome L5 rechts festzustellen. Zudem bestehe ein Verdacht auf eine mögliche zusätzliche funktionelle Komponente der Beschwerden im rechten Bein. Die rechtsbetonte Pallehypästhesie und Lagesinnstörung der unteren Extremitäten könne auch in diesem Rahmen interpretiert werden. Die Beschwerden des Versicherten würden seine Arbeitsfähigkeit als Maler beeinflussen. Dabei werde die Arbeit als Maler als mittelschwere bis schwere Tätigkeit betrachtet. Der Umfang der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne im Rahmen der neurologischen Untersuchung nicht beurteilt werden. Es werde eine polydisziplinäre Begutachtung (neurologisch, psychiatrisch und internistisch) empfohlen.

4.16 In seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2017 hielt Dr. G.____ im Wesentlichen an seiner Stellungnahme vom 1. November 2016 fest. Weiter stellte er sich auf den Standpunkt, dass eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit bei den klaren klinischen Befunden nicht erforderlich sei. Ein weiterer Abklärungsbedarf bestehe nicht.

5.1. Die IV-Stelle stütze sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die Berichte der behandelnden Ärzte und die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. G.____. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Demgegenüber sei ihm zuzumuten, ab 21. Mai 2016 eine leichte wechselbelastende rückenadaptierte Tätigkeit zu 100 % auszuüben, sofern er keine Gewichte über 10 kg tragen, nicht körperfern heben, keine Arbeiten in einer vornübergeneigten Haltung, in Zwangshaltungen des Rumpfes und des Kopfes sowie bei über dem Kopf und in Reklination ausführen müsse. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Dr. G.____ setzte sich mit der medizinischen Aktenlage sorgfältig auseinander und begründete seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gestützt auf die Befunde und Beurteilungen der behandelnden Ärzteschaft. Seine Zumutbarkeitsbeurteilung stimmt auch mit denjenigen von Dr. J.____ und Dr. F.____ überein, die sich als einzige der behandelnden Fachpersonen zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit äusserten. Sie sind ebenfalls der Auffassung, dass der Versicherte in seinem angestammten Beruf als Maler nicht mehr arbeitsfähig sei, aber es ihm zuzumuten sei,

eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % auszuführen (vgl. Bericht von Dr. J.____ vom 9. Dezember 2015, Dr. F.____ vom 21. Januar 2016). Aufgrund der übereinstimmenden ärztlichen Einschätzungen gibt es keinen Anlass, an der Einschätzung von Dr. G.____ zu zweifeln.

5.2 An diesem Ergebnis vermögen auch die Einwände des Versicherten nichts zu ändern. Der Versicherte macht geltend, dass Dr. G.____ lediglich Arztberichte zugrunde lägen, welche Momentaufnahmen darstellten und keine näher begründeten Zumutbarkeitsbeurteilungen enthielten. Die Vorinstanz habe es deshalb versäumt, eine damit klar indizierte interdisziplinäre Begutachtung in die Wege zu leiten. Eine solche werde auch von der neurologisch-neurochirurgischen Poliklinik des Spitals D.____ empfohlen. Entgegen der Ansicht des Versicherten können die Berichte der behandelnden Ärzte nicht als Momentaufnahmen bezeichnet werden. Insbesondere der Austrittsbericht der Klinik L.____ vom 6. Juli 2015 zeigt auf, dass der Versicherte während rund 3 Wochen beobachtet und beurteilt wurde. Dazu kommt, dass Dr. F.____ ihn als Hausärztin seit mehreren Jahren behandelt und deshalb die Krankengeschichte und den Verlauf gut kennt. Desgleichen wurde der Versicherte von der Ärzteschaft im Spitals E.____ mehrmals untersucht. Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen konnten sich somit ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten machen. Eine interdisziplinäre Untersuchung wurde beim Versicherten bereits durchgeführt. So wurde er in der Klinik L.____ rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch begutachtet. Die entsprechenden Beurteilungen der Fachpersonen sind umfassend und schlüssig; dies wird vom Versicherten denn auch nicht bestritten. Da keine dem Austrittsbericht der Klinik L.____ vom 6. Juli 2015 widersprechenden ärztlichen Beurteilungen vorliegen, besteht kein Anlass auf eine nochmalige interdisziplinäre Abklärung. Dass die neurologisch-neurochirurgischen Poliklinik des Spitals D.____ eine polydisziplinäre Begutachtung empfahl, ist wohl auf den Umstand zurückzuführen, dass die Ärzteschaft keine (vollständige) Einsicht in die Vorakten hatte und deshalb nicht wusste, dass der Versicherte bereits in anderen Fachdisziplinen abgeklärt wurde.

5.3 Zum Einwand der fehlenden Durchführung einer EFL ist festzuhalten, dass bei zuverlässiger ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Regel keine Notwendigkeit besteht, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte eine solche angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Dezember 2016, 8C_711/2016, E. 3.5). Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Den medizinischen Akten ist nicht zu entnehmen, dass der Versicherte an einem komplexen Beschwerdebild leidet, dass zudem noch schwer zu beurteilen ist. Dazu kommt, dass einzig Dr. F.____ in ihrem Bericht vom 21. Januar 2016 eine Abklärung der körperlichen Leistungsfähigkeit anregte. Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 132 V 393 E. 3.3 S. 399).

5.4 Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit der Entlassung aus der Klinik L.____ ist nicht ausgewiesen. Zwar weist die Psychologin K.____ in ihrem Bericht vom 21. Juni 2016 darauf hin, dass wenige Wochen nach dem Austritt wieder depressive Symptome aufgetreten seien. Als Diagnose führte sie eine depressive Symptomatik mittelgradi-

ger Ausprägung auf. Die Beurteilung der Auswirkungen der depressiven Störung auf die Arbeitsfähigkeit überliess sie jedoch ausdrücklich einem Arzt oder einer Ärztin. In dieser Hinsicht ist zudem auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur praxisgemäss einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197 mit Hinweis). Vorliegend kann weder von einer Therapieresistenz noch von einer Chronifizierung der psychischen Problematik ausgegangen werden. Dazu kommt, dass die behandelnde Psychologin über keine spezialärztliche Ausbildung als Psychiaterin verfügt. Ihre Diagnose kann deshalb nicht als erstellt gelten. Demnach kann der Versicherte aus der Beurteilung von K._____ selbst bei einem allfälligen Vorliegen einer Verschlechterung der depressiven Störung nichts zu seinen Gunsten ableiten.

5.5 Aufgrund des Gesagten ging die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung zutreffend davon aus, dass der Versicherte ab 21. Mai 2016 in einer leidensangepassten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist.

6.1 Gestützt auf dieses Zwischenergebnis ist in einem nächsten Schritt zu prüfen, wie sich die geschilderte Entwicklung auf den Rentenanspruch des Versicherten auswirkt.

6.2 Der Invaliditätsgrad ist bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach 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 130 V 343 E.3.4 S. 348, 128 V 30 E. 1 S. 30).

6.3 Die IV-Stelle nahm in der angefochtenen Verfügung vom 4. November 2016 den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ermittelte sie gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin des Versicherten ein Valideneinkommen von Fr. 69'030.--. Das Invalideneinkommen von Fr. 66'652.-- berechnete sie anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 des Bundesamtes für Statistik (BFS), Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Männer. Aus der Gegenüberstellung der beiden Einkommen resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 2'378.-- und somit ein Invaliditätsgrad von 3 %. Die konkrete Berechnung, die vom Versicherten nicht beanstandet wurde, erweist sich als rechters. Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 4. November 2016 verwiesen werden. Bei einem Invaliditätsgrad von 3 % hat der Versicherte keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle ist demnach nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

7. 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. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Diese werden mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

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