



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. März 2021 (720 20 379 / 80)

Invalidenversicherung

**Die Einschätzung der medizinischen Situation durch den RAD ist nicht zu beanstanden;
kein Anspruch auf IV-Leistungen wegen der morbidem Adipositas**

_____ Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Margit Campell

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer

gegen

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

_____ Betreff IV-Rente

A. Der 1985 geborene A._____ arbeitete ab 1. Oktober 2005 in einem 100 %-Pensum als Chauffeur/Lagerist bei der B._____ AG. Mit Gesuch vom 29. Mai 2018 meldete er sich unter Hinweis auf Rückenbeschwerden und Bewegungseinschränkungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerb-

lichen Verhältnisse und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft mit Verfügung vom 1. September 2020 einen Rentenanspruch basierend auf einem Invaliditätsgrad von 2 % ab.

B. Dagegen erhob A. _____ mit Eingabe vom 1. Oktober 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der medizinische Sachverhalt sei ergänzend abzuklären. Auf der Basis des neu abgeklärten Sachverhalts seien ihm – nach Massgabe der festgestellten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – die sich daraus ergebenden Leistungen auszurichten. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass der Entscheid der IV-Stelle auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe. Aufgrund der Adipositas und der Rückenschmerzen läge eine mindestens 70%ige Arbeitsunfähigkeit vor.

C. Mit Vernehmlassung vom 4. November 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht sowie form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 1. Oktober 2020 ist einzutreten. Strittig und zu prüfen ist, ob die Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse sowie die Ablehnung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin korrekt erfolgt sind. Massgebend für diese Beurteilung sind die tatsächlichen Verhältnisse bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. September 2020 (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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 (vgl. BGE 128 V 30 E. 1).

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (vgl. BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1). 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 (vgl. ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 relevanten 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 der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch-

tet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

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 (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). 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 (vgl. BGE 125 V 351 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 170 E. 4) 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 Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. November 2019, 8C_549/2019, E. 3.2 mit Hinweis, und vom 8. April 2020, 8C_60/2020, E. 3.2).

3.4 Die Regionalen Ärztlichen Dienste (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 Person 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 (vgl. BGE 135 V 254 E. 3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.1).

3.5 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über

die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts zu differenzieren: Stützt sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen – zu denen die RAD-Berichte gehören –, 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. BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7; zum Ganzen auch: Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2015, 9C_627/2015, E. 2, mit weiteren Hinweisen).

4. Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

5.1 Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind im Wesentlichen nachfolgende Berichte zu berücksichtigen:

5.2 Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Klinik D.____, diagnostizierte am 29. Dezember 2017 persistierende Lumbalgien mit Ausstrahlung ins linke Bein (differentialdiagnostisch [DD]: muskulär; DD: Iliosakralgelenk [ISG] links mit/bei Ausschluss einer Bandscheibenpathologie in der Magnetresonanztomographie [MRT]). Der Versicherte leide seit November 2017 ohne Trauma vor allem an in den linken Oberschenkel ausstrahlenden Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS) und zeitweisen Kribbelparästhesien. Es lägen aber weder Taubheitsgefühle noch ein Kraftverlust vor. Die Schmerzen bestünden insbesondere beim Stehen und Gehen, wobei sie bereits nach kurzer Belastung auftreten würden. Da sich klinisch eine deutliche Symptomatik bei weitestgehend unauffälliger MRT zeige, sei am ehesten von muskulär-funktionellen Beschwerden auszugehen. In Ergänzung zur bisherigen Behandlung seien ein Muskelrelaxans einzunehmen und eine osteopathische Behandlung zur Mobilisation der unteren LWS und des ISG einzuleiten.

5.3 Pract. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 29. Januar 2018 persistierende Lumboischialgien linksbetont. Der Versicherte habe erstmals im Juni 2017 eine akute ISG-Blockade links gehabt, welche sich aber nach 3 Wochen gebessert habe. Im November 2017 sei es zu einem Rezidiv gekommen. Dabei hätten auch die Einnahme von Schmerzmedikamenten und Physiotherapie nicht zu einer Besserung der Beschwerden geführt. Der Beschwerdeführer sei seit dem 7. November 2017 zu 100 % arbeitsunfähig.

5.4 Pract. med. E.____ bestätigte am 10. Juli 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen persistierenden Rückenschmerzen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), eine Hyperlipidämie, eine arterielle Hypertonie und eine Adipositas per magna. Aktuell könnten ausser Druck- und Klopfschmerzen im Bereich der LWS (L3 - S1 und ISG links) keine weiteren pathologischen Befunde erhoben werden.

5.5 Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung nahm Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, eine fachärztliche Einschätzung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor. In ihrem Bericht vom 22. November 2018 diagnostizierte sie eine morbide Adipositas mit einem BMI von über 50 kg/m² mit Auswirkungen auf die Diagnosen des internistischen und orthopädischen Fachgebiets. Es lägen inzwischen chronische Beschwerden lumbal vor bei ausgeprägter Fehlstatik und Haltungsinsuffizienz sowie erheblicher muskulärer Dysbalance am Rumpf. Zudem bestünde eine Hyposensibilität am rechten Oberschenkel lateral und beidseits eine verkürzte Ischiokruralmuskulatur. Seit Anfang 2017 leide der Beschwerdeführer an lumbale Beschwerden, welche sich im Sommer 2017 verstärkt hätten und ab November 2017 eine fortlaufende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Lastwagenchauffeur verursacht hätten. Eine MRT-Untersuchung habe keine pathologischen Befunde ergeben, welche diese Beschwerden ausreichend erklärt hätten. Physiotherapie habe eine Linderung der Schmerzen, jedoch keinen dauerhaften Erfolg gebracht. Zuletzt habe der Versicherte Infiltrationen an den Facettengelenken und am ISG gehabt. Seit der Kindheit bestünde ein erhebliches Übergewicht. Dr. F.____ riet daher zur Vorstellung in einer Adipositas-Sprechstunde und bestätigte die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Sie empfahl eine Reevaluation per anfangs April 2019. Sie ging davon aus, dass ab diesem Zeitpunkt eine körperlich leichte Arbeit wieder ganztags möglich sein sollte.

5.6 Am 15. Februar 2019 berichtete der behandelnde Arzt des Spitals G.____, dass der Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einem lumbospondylogenen Reizsyndrom der basalen Facettengelenke und an einer beidseitigen ISG-Blockade leide. Weder die Infiltration der lumbalen Facettengelenke noch die Radiofrequenzablation der Facetten L4-S1 beidseits hätten eine wesentliche Beschwerdeverbesserung gebracht. Im November 2018 sei eine beidseitige ISG-Infiltration durchgeführt worden, welche eine Linderung der Beckenschmerzen und auch der Schmerzausstrahlung in den dorsalen linken Oberschenkel gebracht hätte. Aktuell persistiere noch ein tieflumbaler Schmerz, welcher als lumbospondylogene bei Überlastung der Facettengelenke beurteilt werden müsse. Der Beschwerdeführer habe im Januar 2019 ein Aufbau-Training der rumpfstabilisierenden Muskulatur aufgenommen und er habe bereits nach 6 Wochen Training eine leichte Besserung der chronischen Rückenschmerzen beschrieben. Er sei weiterhin in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Es wurde eine Umschulung empfohlen.

5.7 In ihrem RAD-Bericht vom 24. April 2019 teilte Dr. med. H.____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, mit, dass seit der Untersuchung bei Dr. F.____ keine neuen objektiven Befunde vorliegen würden. Grundsätzlich bestünden beim Beschwerdeführer sehr gut behandelbare, d.h. reversible Ursachen seiner Rückenschmerzen (Fehlstatik und allgemeine Dekonditionierung), welche durch Massnahmen der Gewichtsreduktion (Diät und Bewegung) und

durch eine medizinische Trainingstherapie (MTT) in den Griff zu bekommen seien und es ihm ermöglichen sollten, eine rückenadaptierte Tätigkeit zu 100 % aufzunehmen.

5.8 Am 16. Oktober 2019 teilte pract. med. E.____ mit, dass der Beschwerdeführer weiterhin an chronischen Rückenschmerzen leide. Die Situation habe sich zwischenzeitlich soweit stabilisiert, dass er 30 % Büroarbeit verrichten könne.

5.9 Am 20. November 2019 berichtete Dr. H.____, dass der aktuelle Bericht von pract. med. E.____ keine klinischen Befunde nenne. Ebenso sei unklar, ob der Versicherte die von Dr. F.____ empfohlenen Massnahmen zur Gewichtsreduktion bei morbidem Adipositas mit Hilfe der Adipositas-Sprechstunde und einer MTT im Sinne einer Schadenminderung umgesetzt habe.

5.10 Auf entsprechende Anfrage der IV-Stelle vom 21. November 2019 teilte die Krankentaggeldversicherung am 20. Februar 2020 mit, dass der Beschwerdeführer seit Januar 2019 regelmässig die Ernährungsberatung im Spital I.____ besuche. Die Rekonditionierung erfolge während der Physiotherapie und des Fitnesstrainings. Weiter fände eine bariatrische Beratung beim Hausarzt pract. med. E.____, aber nicht in einer Adipositas-Sprechstunde statt. Die MTT würde aktuell 1 Mal und das Fitnesstraining 2 - 3 Mal wöchentlich durchgeführt.

5.11 Der Beschwerdeführer befand sich vom 24. Februar 2020 bis 17. März 2020 im Spital I.____. Dem Austrittsbericht vom 18. März 2020 ist als Diagnose eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zu entnehmen. Als Nebendiagnosen wurden eine Adipositas per magna, eine OSAS, eine Hyperlipidämie und eine arterielle Hypertonie genannt. Der Beschwerdeführer sei sehr motiviert gewesen, sein Leben neu zu gestalten. Beim Abschluss wurde die Weiterführung der Physiotherapie empfohlen, psychiatrisch-psychotherapeutisch bestehe aber kein Handlungsbedarf. Dem Beschwerdeführer wurde eine stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik für Essstörungen empfohlen.

5.12 Dr. H.____ hielt am 26. Mai 2020 fest, dass der aktuell dokumentierte klinische Status deutlich aufzeige, dass die beklagten Rückenbeschwerden auf die chronische Gewichtsüberlastung der lumbalen Strukturen bei morbidem Adipositas zurückzuführen seien. Die Adipositas stelle aber kein invalidisierendes Leiden dar, da sie mit bariatrischer Behandlung und unterstützender Verhaltenstherapie sehr gut behandelbar sei. Es sei dem Beschwerdeführer zumutbar, dass er zu einer adäquaten Adipositasbehandlung in eine Adipositas-Sprechstunde gehe. Eine eigentliche psychiatrische Erkrankung liege gemäss Austrittsbericht des Spitals I.____, Klinik für Schmerztherapie, auch nicht vor. Der Versicherte esse aus Langeweile, so dass eine Verhaltensänderung erlernt werden könne. Es lasse sich nicht nachvollziehen, dass er seit über drei Jahren keine bariatrische Konsultation und keine psychologische Begleitung zur Änderung seines Essverhaltens in Anspruch genommen habe. Dies weise auch auf einen nicht sehr hohen Leidensdruck hin. Es sei ihm trotz der Adipositas eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, bei Bedarf aufzustehen und kurze Strecken zu gehen, retrospektiv seit dem 1. November 2017 bis auf weiteres ganztags zumutbar. Die Tätigkeit als Lagerist und Chauffeur im Getränkehandel könne er aufgrund der zusätzlichen Gewichtsbelastung nicht mehr ausüben.

6.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung in erster Linie auf die Ausführungen ihrer RAD-Ärztin Dr. H.____ vom 26. Mai 2020 und ging davon aus, dass dem Beschwerdeführer spätestens ab November 2018 (Ablauf Wartejahr) die angestammte Tätigkeit als Lagerist/Chauffeur nicht mehr zumutbar sei. Für die Ausübung einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe aber eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Wie oben ausgeführt, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die er versicherungsintern eingeholt hat. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und zwar in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 3.5 hiervor und die dortigen Hinweise auf die entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung). Vorliegend ergeben sich keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit an den von der Beschwerdegegnerin als massgebend erachteten versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen von Dr. H.____. Es ist vielmehr festzuhalten, dass sie sich hinreichend mit den wesentlichen medizinischen Unterlagen auseinandergesetzt und insgesamt ein vollständiges Bild des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers vermittelt hat. Sie erkannte zu Recht und in Übereinstimmung mit Dr. F.____ und dem behandelnden Arzt des Spitals G.____, dass die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers auf die chronische Gewichtsüberlastung der lumbalen Strukturen bei morbidem Adipositas zurückzuführen sind. Auch leuchtet ihre Auffassung ein, dass beim Beschwerdeführer keine eigentliche psychiatrische Erkrankung vorliegt. Zwar diagnostizierte das Spital I.____, eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD10 F45.41). In der Folge ist dem Austrittsbericht vom 18. März 2020 aber zu entnehmen, dass aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht kein Handlungsbedarf bestehe. Da auch den übrigen Berichten kein Hinweis auf eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen ist, durfte der RAD bzw. die IV-Stelle von weiteren psychiatrischen Untersuchungen absehen. Weiter nahm Dr. H.____ eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vor, indem sie ausführte, dass beim Beschwerdeführer wegen der Haltungsinsuffizienz und der Wirbelsäulenfehlstatik bei morbidem Adipositas keine Arbeitsfähigkeit mehr vorliege. Demgegenüber sei ihm trotz der Gesundheitsprobleme die Ausübung jeder leidensangepassten Verweistätigkeit in einem Ganztagespensum zumutbar, die er überwiegend sitzend verrichten könne mit der Möglichkeit, bei Bedarf die Körperposition zu wechseln und kurze Strecken zu gehen. Zudem müsse diese Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne Bücken, ohne Arbeiten Überkopf, ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne Steigen auf Gerüsten, Leitern und Treppen, ohne Gehen auf unebenem Boden, ohne Knien, Hocken und Kauern und ohne Schichtarbeit verrichtet werden können. Diese Beurteilung leuchtet ein und steht im Einklang mit dem Gesundheitszustand, wie er in den übrigen medizinischen Unterlagen dokumentiert wird. Der Bericht von Dr. H.____ genügt somit den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten, weshalb darauf abgestellt werden kann (vgl. oben E. 3.5).

6.2 Der Beschwerdeführer wendet gegen den Beweiswert der Beurteilung von Dr. H.____ insbesondere ein, dass sie den Beurteilungen der behandelnden Ärzte sowohl in medizinischer Hinsicht als auch betreffend deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ungenügend Rechnung getragen habe. Dazu ist festzuhalten, dass keiner der behandelnden Ärzte den Beschwerdeführer als in der freien Wirtschaft nicht vermittelbar bezeichnete. Ihm wurde lediglich attestiert, dass er

in seiner angestammten Tätigkeit als Lagerist/Chauffeur nicht mehr arbeitsfähig sei. Diese Beurteilung stimmt mit derjenigen von Dr. H.____ überein. Auch Dr. F.____, deren Einschätzung Dr. H.____ bestätigte und welche ebenfalls die Adipositas als Ursache für die orthopädischen Beschwerden erachtete, ging davon aus, dass der Beschwerdeführer für eine körperlich leichte Arbeit ab anfangs April 2019 wiederum ganztags arbeitsfähig sei. Einzig pract. med. E.____ attestierte unter Berücksichtigung der Rückenbeschwerden auch in einer Bürotätigkeit eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen der Erfahrungstatsache Rechnung tragen soll, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Anders ist zu beurteilen, wenn die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen). Davon ist vorliegend aber nicht auszugehen, nennt pract. med. E.____ in seinen Berichten doch keine Befunde, welche durch Dr. H.____ nicht berücksichtigt wurden. Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, dass die IV auf eine persönliche Untersuchung verzichtet habe. Wie oben in Erwägung 3.4 ausgeführt, *kann* der RAD bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von versicherten Personen durchführen (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV). Eine Pflicht, selbständig den Gesundheitszustand abzuklären, lässt sich aus dieser Bestimmung aber nicht ableiten. Somit steht fest, dass ein Anspruch auf eine persönliche Untersuchung durch den RAD nicht besteht. Dr. H.____ stützte sich vorliegend bei ihren Ausführungen auf das umfangreiche Aktendossier und verzichtete in der Folge auf eine eigene Untersuchung. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden, war es ihr doch auch so möglich, eine umfassende und rechtgenügende Beurteilung vorzunehmen. Der Beschwerdeführer kann daher auch aus dieser Argumentation nichts zu seinen Gunsten ableiten.

6.3 Als Zwischenergebnis steht somit zusammenfassend fest, dass keine Zweifel an der Schlüssigkeit des RAD-Berichts von Dr. H.____ ersichtlich sind, so dass die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abstellte. Demnach ist davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Rückenbeschwerden keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer leichten adaptierten Tätigkeit haben. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten. Damit ist der Antrag auf ergänzende medizinische Abklärungen in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 141 I 60 E. 3.3, 122 V 157 E. 1d) abzuweisen.

7.1 Zu beachten ist weiter, dass im Gebiet der IV ganz allgemein der Grundsatz gilt, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, das ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihres invalidisierenden Gesundheitsschadens soweit wie möglich zu mildern (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b). Von den versicherten Personen können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalls zumutbar sind (vgl. BGE 113 V 22 E. 4a). Rechtsprechungsgemäss bewirkt eine Adipositas an sich keine Invalidität. Eine solche kann nur angenommen werden, wenn das Übergewicht schon zu Gesundheitsschäden geführt hat oder wenn es selber die Folge gesundheitlicher Störungen ist, dadurch die Erwerbsfähigkeit wesentlich vermindert wird und diese durch keine

zumutbaren Massnahmen in bedeutendem Grade verbessert werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2017, 8C_663/2017, E. 3.2).

7.2 In den Akten gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass die Adipositas eine Folge gesundheitlicher Störungen wäre. Der Beschwerdeführer erwähnt im Rahmen des Aufenthalts im Spital I.____ (vgl. Bericht vom 18. März 2020, Seite 2), dass er aus Langeweile und Gewohnheit esse. Weiter ist mit Blick auf die erhobenen radiologischen Befunde erstellt, dass die persistierenden Lumbalgien nicht auf eine Bandscheibenpathologie zurückzuführen sind, sondern am ehesten von muskulär-funktionellen Beschwerden auszugehen sei (vgl. Bericht von Dr. C.____ vom 29. Dezember 2017). Zudem sind weder den Berichten des Hausarztes noch jenen der behandelnden Fachärzte Hinweise zu entnehmen, dass die beklagten Rückenbeschwerden nicht mit Physiotherapie und MTT behandelbar wären. Folgeschäden durch die Adipositas können damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Einigkeit besteht aufgrund der Akten auch, dass die Belastungssituation für den Rücken und die Arbeitsfähigkeit erst dann eine Verbesserung erfährt, wenn das Gewicht reduziert wird. Es stellt sich somit die Frage, ob die Adipositas durch eine geeignete Behandlung oder zumutbare Anstrengung auf ein Mass reduziert werden kann, das die Erwerbsfähigkeit nicht mehr wesentlich beeinträchtigt wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2013, 8C_372/2012, E. 3.4).

7.3 Dies ist zu bejahen und wird auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Gestützt auf die vorstehend zitierten Arztberichte steht fest, dass keiner der involvierten Ärzte davon ausging, die Adipositas sei nicht behandelbar und eine Gewichtsabnahme sei nicht zumutbar. So wies Dr. F.____ unter anderem darauf hin, dass der Beschwerdeführer wegen der Adipositas per magna eine Adipositas-Sprechstunde aufsuchen solle. Von einer grundsätzlichen Behandelbarkeit der Adipositas ging auch der behandelnde Arzt des Spitals G.____ aus. In seinem Bericht vom 15. Februar 2019 führte er aus, dass der Beschwerdeführer im Januar 2019 ein Aufbautraining der rumpfstabilisierenden Muskulatur aufgenommen und bereits nach 6 Wochen Training eine leichte Besserung der chronischen Rückenschmerzen bestätigt habe. Auch dem Austrittsbericht des Spitals I.____, vom 18. März 2020 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer motiviert sei, das während des Klinikaufenthalts Erlernte weiter zu führen. Dazu wurde ihm neben Physiotherapie auch eine Gewichtsreduktion in einer speziellen Einrichtung empfohlen.

7.4 Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass aufgrund der vorstehenden Ausführungen eine invalidisierende Wirkung der Adipositas zu verneinen ist.

8. Der Einkommensvergleich, den die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vornahm, wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Es ergeben sich aus den Akten keine Hinweise, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Berechnung vorzunehmen wäre. Somit erübrigen sich weitere Ausführungen dazu. Demnach liegt der Invaliditätsgrad bei 2 %, womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Aus dem Gesagten folgt, dass sich die Beschwerde als unbegründet erweist und somit abzuweisen ist.

9.1 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. 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 der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind.

9.2 Bei diesem Prozessausgang ist keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

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

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