



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 18. Dezember 2015 (720 15 228 / 333)**

---

**Invalidenversicherung**

**Der Beschwerdeführer weist keine relevante Leistungsbeeinträchtigung auf. Die vorliegenden medizinischen Gutachten geben auch genügend Aufschluss über die massgebenden Indikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Schmerzrechtsprechung (BGE 141 V 281 ff.).**

\_\_\_\_\_  
Besetzung                      Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

\_\_\_\_\_  
Parteien                      A.\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

\_\_\_\_\_  
Betreff                      IV-Rente

A.                      Der 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ arbeitet seit 1. März 1990 als Strassenbauer beim B.\_\_\_\_\_. Am 22. Juni 2012 meldete er sich unter Hinweis auf Schulter- und Nackenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Nach durchgeführten gesundheitlichen und erwerblichen Abklärungen, erfolglosen Eingliederungsmassnahmen sowie der

Durchführung des Vorbescheidverfahrens verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. Juni 2015 den Leistungsanspruch von A.\_\_\_\_\_ bei einem IV-Grad von 25 %.

B. Mit Schreiben vom 29. Juni 2015 erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, gegen diese Verfügung Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, die Verfügung der IV-Stelle vom 15. Juni 2015 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, dem Beschwerdeführer mindestens eine halbe Invalidenrente ab Dezember 2012 auszurichten; eventualiter sei ein Gutachten durch das Gericht einzuholen. Subeventualiter sei die Sache zur Neuurteilung und Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ausserdem sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren; unter o/e-Kostenfolge.

C. Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 12. August 2015 die Abweisung der Beschwerde.

D. Der Beschwerdeführer zog mit Schreiben vom 17. August 2015 seinen Antrag um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege zurück.

E. Mit Replik vom 7. September 2015 hielt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbehörden fest.

F. Die IV-Stelle nahm mit Duplik vom 18. September 2015 Stellung und hielt an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2015 gestützt auf den Sachverhalt, wie er sich damals präsentiert hat, einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abgelehnt hat.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Ein-

gliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

2.3 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen 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).

3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat 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 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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).

3.3 Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad des Versicherten nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bemessen, was vom Beschwerdeführer – zu Recht – nicht bestritten wird.

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

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit 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).

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

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AH-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gut-

achten 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 zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Berichte und Gutachten vor:

5.1 Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Neurochirurgie, diagnostizierte am 8. Februar 2012 einen Verdacht auf radikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom C8 links sowie einen Zustand nach redikulärem Reizsyndrom und sensiblem Ausfallsyndrom C6 links 2010 und nach mehrfachen Wurzelblockaden C6, C7 und C8 im Jahre 2010, 2011 und 2012 ohne wesentliche Besserung der Symptomatik.

5.2 Mit Bericht vom 16. Februar 2012 führte PD Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Neurologie, aus, insgesamt könne eine Ulnarisneuropathie links trotz des deutlichen Reizsyndroms des Nerves im Sulcusabschnitt elektroneurographisch nicht nachgewiesen werden. Bei Druckdolenz auch des n. medianus am linken Handgelenk mit Tinel-Phänomen und positivem Phalen bestätigte sich ein mässig ausgeprägtes Carpaltunnelsyndrom links.

5.3 Mit Zwischenbericht vom 22. Februar 2012 hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, der Patient habe sich mit der aktuellen MRT der HWS vorgestellt. Eine Myelographie sei im Merian Iselin-Spital auf-

grund der guten Beurteilbarkeit der Bilder nicht vorgenommen worden. Eine Wurzelkompression C8 links könne nicht diagnostiziert werden, allenfalls eine Foramenstenose HWK6/7 links, wo eine mögliche Irritation der Wurzel C7 links erfolgen könnte. Ein Hinweis auf eine eindeutige radikuläre Ursache gebe es bildgebend wie auch klinisch elektrophysiologisch bekanntermassen leider nicht.

5.4 Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt interventionelle Schmerztherapie und FMH Anästhesiologie, gibt mit Schreiben vom 15. Juli 2012 an, der Patient sei im Oktober 2010 erstmals zugewiesen worden. Im November 2010 sei erstmals eine Wurzelinfiltration C6 links durchgeführt worden. Die Schmerzen seien leicht zurückgegangen, jedoch ohne anhaltende Wirkung. In der Folge sei im Dezember die Infiltration wiederholt worden, worauf eine deutliche Besserung eingetreten sei. Im November 2011 habe sich der Patient erneut gemeldet mit Rezidiv der Beschwerden. In der Folge sei ein MRI der HWS angefertigt worden, wobei eine Alteration der Wurzel C8 links erkennbar gewesen sei. Aus diesem Grund sei eine Infiltration der Wurzel C8 links im Januar 2012 erfolgt. Die Charakteristik des Schmerzes habe sich dahin verändert, dass sich der Schmerz hauptsächlich im Bereich des Versorgungsgebietes des Nervus suprascapularis manifestiert habe, währendem die radikuläre Komponente eher in den Hintergrundgetreten sei. Es sei deswegen im April 2012 eine Infiltration des Nervus suprascapularis erfolgt.

5.5 Mit Schreiben vom 13. Februar 2013 hielt Dr. E.\_\_\_\_ als Diagnose ein zervikospodylogenes Schmerzsyndrom, einen Status nach selektiver Wurzelblockade C8 links vom 11. Januar 2012 und vom 3. August 2012, sowie einen Status nach gezielt gesteuertem Periduralkatheter vom 29. Januar 2013 fest. Bei der telefonischen Konsultation vom 6. Februar 2013 habe der Patient angegeben, die Schmerzen seien teilweise wieder zurückgekehrt, allerdings nicht mehr in der gleichen Intensität wie vor dem letzten Eingriff.

5.6 PD Dr. med. F.\_\_\_\_, Leitender Arzt Schmerztherapie des G.\_\_\_\_, hielt mit Schreiben vom 17. Juli 2013 im Wesentlichen folgende Diagnosen fest:

- Sensomotorischer zervikoradikulärer Schmerz C8 links ...
  - St. n. Tens 2013 ohne Verbesserung
  - St. n. Scalenusblockade 2013 ohne Schmerzverbesserung
- CTS links
- St. n. CTS-OP rechts 05/2007

In seiner Beurteilung gab er an, beim Patienten würden chronifizierte, weitgehend therapieresistente Beschwerden vorliegen. Die Schmerzen seien von klinisch neuropathischem Charakter (wellenförmiger Verlauf, einschliessende Schmerzen) mit Ausstrahlung entlang von Dermatomen) mit nur unsicher bildgeberischem Korrelat (MRI mit fraglicher Foraminalstenose). Die beste Schmerzfremheit habe mittels Epiduralkatheter erreicht werden können, alle weiteren distalen Interventionen hätten nur einen geringfügigen bis keinen schmerzverbessernden Effekt gezeigt.

5.7 Mit Schreiben vom 19. November 2013 führte Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, Oberärztin am G.\_\_\_\_, aus, am 18. September 2013 sei eine Infiltration der medial

branches auf Höhe C4, C5 und C6 erfolgt, jedoch absolut ohne Symptomverbesserung. Eine Lidocain/Ketalar-Infusionstherapie habe lediglich eine leichte Schmerzreduktion während der Dauer der Infusion bewirkt. Lyrica habe nur bis 50 mg aufdosiert werden können, bei erheblichen Nebenwirkungen und fehlender Wirkung.

5.8 Mit Bericht vom 17. April 2014 diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ einen Verdacht auf C6-Radikulopathie links. Der Patient biete relativ klar das Bild einer zumindest sensorischen C6-Radikulopathie links, motorisch sei die Kraft erhalten. In der Bildgebung (MRI aus dem Jahr 2012) habe sich vor zwei Jahren eher rechtsbetont eine Foraminalstenose durch eine Diskopathie für die C6 Wurzel angedeutet. Links sei das Foramen, soweit beurteilbar, frei.

5.9 Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, hielt mit Schreiben vom 10. Mai 2014 folgende Arbeitsunfähigkeit fest:

- 100 % vom 15.10. - 20.10.2013
- 100 % vom 15.11. - 23.11.2013
- 100 % vom 03.12. - 19.12.2013
- 50 % vom 04.02. - 15.03.2014
- 100 % vom 05.05. - 20.05.2014

Nicht mehr ausführen könne der Versicherte schwere Arbeiten mit dem linken Arm, Heben von Lasten, Arbeiten, die mit Kopffrotation verbunden seien. Langfristig könne er Arbeiten ohne Belastung der HWS und des linken Armes, z.B. Büro etc., ausführen. Der Versicherte sei in einer angepassten Tätigkeit lange Zeit voll arbeitsfähig gewesen. Dabei habe es immer wieder Unterbrüche gegeben, wenn die Schmerzen trotz massiver Schmerztherapie nicht aushaltbar gewesen seien bei und nach der Arbeit.

5.10 Mit Schreiben vom 20. Mai 2014 hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Neurologie, folgende Diagnosen fest:

- Verdacht auf radikuläres Reiz- (und sensibles Ausfall-?)Syndrom der Wurzel C6 links bei kernspintomographisch neuroforaminaler Stenose C5/6 laut Angabe
- Karpaltunnelsyndrom links; leichtgradig
- Status nach Karpalkanalspaltung rechts 2007

In seiner Beurteilung führte Dr. J.\_\_\_\_ aus, klinisch könne ein Zervikalsyndrom nachgewiesen werden und das radikuläre Provokationsmuster sei am linken Arm positiv. Eine zuverlässige Zuordnung zu einer Radix sei allerdings rein klinisch schwierig, am Vorderarm gebe der Patient die Schmerzen eher ulnar lokalisiert an mit einer Ausstrahlung in die von der Sensibilitätsstörung betroffenen Finger III und IV, explizit nicht in den Daumen. Die Klinik sei diesbezüglich nicht weiter hilfreich, dies weil die Muskeleigenreflexe symmetrisch auslösbar seien und radikuläre Paresen fehlen würden. Die Symptomatik werde aus neurologischer Sicht überlagert durch ein linksseitiges Karpaltunnelsyndrom, welches die Daumenabduktionsparese und möglicherweise auch zumindest einen Teil der Sensibilitätsstörung in der Hand erkläre; der neurographische Befund sei allerdings leichtgradig. Ob die im Vordergrund stehenden Schmerzen im Bereich der linken Scapula radikulärer Natur seien, könne nicht zuverlässig beurteilt werden.

5.11 In ihrer Beurteilung vom 18. September 2014 gab Dr. H.\_\_\_\_ an, zwischenzeitlich habe nochmals eine diagnostische C6-Wurzelinfiltration links stattgefunden. Es habe sich keine signifikante Schmerzänderung ergeben. Somit ergebe sich aus ihrer Sicht zum aktuellen Zeitpunkt keine Indikation für eine operative Intervention, dies aus zwei Gründen: Zum einen lasse sich die C6-Radikulopathie durch die ihnen zur Verfügung stehenden diagnostischen Verfahren nicht klar beweisen. Zum anderen bestehe im Falle der Operation das Risiko, die bereits vorbestehende Foraminalstenose für die C4- und C7-Wurzel rechts zu verschlechtern. Der Versicherte sei für leichte Tätigkeiten nach einer gewissen Phase der Re-Konditionierung sicherlich wieder arbeitsfähig, schwere Tätigkeiten seien dem Versicherten voraussichtlich langfristig nicht mehr zumutbar. Mittelschwere Tätigkeiten seien abhängig vom weiteren Verlauf möglicherweise bedingt möglich. Sämtliche wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten wie die Einnahme von Zwangshaltungen oder das Überkopfarbeiten seien zu vermeiden.

5.12 Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, stellte in seinem Gutachten vom 9. Dezember 2014 folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Zervikospondylogenes Syndrom links mit/bei
  - degenerativen Veränderungen der HWS mit Protrusionen C3/4, C4/5, C6/7, mehrsegmentalen neuroforaminalen Stenosen C3/4 rechts > links, C5/6 links > rechts, C6/7 rechts (MRI 26.04.2014)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Carpaltunnelsyndrom links, leichtgradig (20.05.2014 Dr. J.\_\_\_\_)
- Arterielle Hypertonie
- Hypercholesterinämie
- St. n. Carpaltunnelsyndrom-OP rechts 05/2007

Dr. K.\_\_\_\_ führte zur aktuellen gesundheitlichen Situation unter anderem aus, die klinische Untersuchung habe einen Exploranden gezeigt, welcher mit unauffälligem Gangbild von der Wartzone ins Untersuchungszimmer gekommen sei. Zeitweilig sei er halb rechts von ihm gestanden oder er sei rechts von ihm gesessen. Der Versicherte habe dann seinen Stuhl gedreht, damit er den Kopf nicht drehen müsse. Es sei eine neutrale Beschwerdeschilderung erfolgt. Beim Ausziehen sei er nicht behindert gewesen, er habe das Oberteil problemlos überkopf ausgezogen ohne Beeinträchtigung von Seiten der Schultern, er habe dabei den Arm links auf 180° gehoben. Die HWS-Untersuchung habe altersentsprechend normale Werte gezeigt, bei der Linksrotation habe er nach 40° abgebrochen und sei ausgewichen und habe angegeben dass er dabei starke Schmerzen habe. Dies sei deutlich diskrepant zum Befund auf der Untersuchungsliege. Als er den umgekehrten Lasègue auf der Untersuchungsliege in Bauchlage habe testen wollen, habe der Versicherte spontan eine Bauchlage mit nach links orientiertem Kopf eingenommen, wobei er problemlos auf 60° rotiert habe ohne jegliche Schmerzangabe. Dies zeige, dass eine Rotation möglich sei. Der Provokationstest mit Reklination und Rotation nach beiden Seiten habe Schmerzen im linken Arm ausgelöst, sodass dies rein deskriptiv als radikuläres Zeichen hätte gewertet werden müssen. Aufgrund der obigen Diskrepanzen und auch in Anbetracht der Vorgeschichte mit normalem EMG (normalen Infiltrationen) sei dies sehr vorsichtig zu

werten. Dieser Provokationstest sei für ihn nicht als positiv zu werten, dies insbesondere da sich bei einer derartigen Positivität, wie er sie hier schildere, längstens im Verlauf einer 4jährigen Schmerzanamnese Atrophien ausgebildet haben müssten. Er gehe also nicht von einer radikulären Reizsituation aus. Die Schultern seien aktiv und passiv frei beweglich, wobei er links etwas verzögert gehoben habe gegenüber rechts, aber dies bei voller Funktion. An den Armen sei die Kraft normal, es würden sich keine Atrophien finden lassen, d.h. das Umfangplus am rechten Unterarm sei im Rahmen der Rechtshändigkeit zu sehen. Zusammenfassend bestehe also rein deskriptiv ein zervikospondylogenes Syndrom links, dies bei deutlich degenerativen Veränderungen der HWS, eine radikuläre Situation in der Vergangenheit könne letztendlich aufgrund der Befunde nicht ausgeschlossen werden, eine intermittierend radikuläre Situation zum heutigen Zeitpunkt wäre theoretisch möglich, allerdings wären dann auch entsprechende Befunde im Sinne einer Atrophie, einer Reflexdifferenz oder eines positiven EMG-Befundes oder zumindest eines Ansprechens bei einer der stattgehabten Infiltrationen zu erwarten. Da alle diese Kriterien nicht erfüllt seien, gehe er aktuell nicht von einer radikulären Reizung aus. Die Situation, dass die Schmerzen einfach permanent (jeden Tag, dauernd, in der gleichen Schmerzintensität) vorhanden seien und dass jegliche therapeutische Massnahmen nicht geholfen hätten, spreche klar für eine psychogene Mitbeteiligung der Beschwerden. Demgemäss würde es sich nicht nur um eine rein mechanische Beschwerdeproblematik handeln. Aufgrund der deutlich degenerativen Veränderungen sei die Belastbarkeit des Achsenorgans eingeschränkt.

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. K.\_\_\_\_ aus, in der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Für eine körperlich angepasste Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Gemäss Krankenkarte habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 9. November 2011 bis 9. April 2012 bestanden. Ab dem 10. April 2012 habe er in der Verweistätigkeit mit einem 60%-Pensum zu arbeiten begonnen. Im Sinne einer Angewöhnungsphase könne dies für eine Dauer von etwa sechs Wochen akzeptiert werden. Dem folgend gehe er davon aus, dass ab Juni 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % im Verweisprofil bestanden habe, dies bis heute und auch weiterhin. Gestützt auf ein Schreiben von Dr. I.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2014 sei der Explorand wegen kurzfristigen Exazerbationen jeweils für einige Tage arbeitsunfähig gewesen. Dies sei zu akzeptieren, ändere aber an der langfristigen, oben stehenden Beurteilung nichts.

5.13 Dr. med L.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Gutachten vom 9. Dezember 2014 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) fest. In seiner Beurteilung führte er aus, eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht. Eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Eine schwere chronische körperliche Begleiterkrankung liege ebenfalls nicht vor. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Hinweise auf unbewusste Konflikte würden fehlen, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Exploranden zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Es bestehe kein Hinweis, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jemals eingeschränkt gewesen sei.

Gestützt auf eine telefonische Konsensbesprechung mit Dr. K.\_\_\_\_ wurde aus bidisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Verweistätigkeit festgehalten. Da aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, gelte die rheumatologische als Gesamtbeurteilung für die Fächer Rheumatologie und Psychiatrie.

5.14 Die X.\_\_\_\_-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH für Physikalische und Rehabilitative Medizin, kam in ihrem Schreiben vom 24. Juli 2015 zum Schluss, dass auf das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ abgestellt werden könne. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass der Versicherte aufgrund radiologisch nachgewiesener degenerativer Veränderungen an der HWS mit Foramina stenosen (MRT HWS vom 24.09.2010, 11.12.2012 und vom 26.04.2014, Röntgen HWS vom 02/2014) im Verlauf mehrfach sowohl neurologisch als auch neurochirurgisch gesehen worden sei. Hierbei sei zu klären gewesen, ob allenfalls eine radikuläre Symptomatik vorliege und wenn ja, ob eine solche operativ behoben werden könne. Zu keinem Zeitpunkt habe eine eindeutige radikuläre Symptomatik klinisch oder neurographisch nachgewiesen werden können, weshalb auch keine OP-Indikation habe gestellt werden können. Bis auf Dr. H.\_\_\_\_, die den Versicherten für angepasste Tätigkeiten als arbeitsfähig beurteilt habe, hätten die beteiligten Fachärzte keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit genommen. Gemäss Aktenlage habe der Versicherte ab April 2012 eine körperlich angepasste Tätigkeit wieder aufgenommen und bis dato fortsetzen können. Dass sich der Versicherte auch ab Juni 2012 immer wieder in ärztlicher Kontrolle befunden habe, bedeute nicht, dass er eine angepasste Tätigkeit ab Juni 2012 nicht mehr hätte ausüben können und sei auch kein Indiz dafür, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe. Zur Beurteilung der Funktionalität des Bewegungsapparates in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei aus medizinischer Sicht eine Begutachtung durch einen erfahrenen rheumatologischen Gutachter (wie in diesem Falle durch die Begutachtung durch Dr. K.\_\_\_\_ geschehen) ausreichend, um auch eine allfällige radikuläre Symptomatik und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fachkompetent beurteilen zu können.

5.15 Med. pract. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie (D) und Fachärztin Neurologie (D), führte aus, dass die Förster-Kriterien sich inhaltlich mit vielen Indikatoren gemäss neuer Bundesgerichtsrechtsprechung überschneiden würden. Sie gelangte zum Schluss, dass nach Prüfung der Standardindikatoren gemäss neuer Rechtsprechung aus ärztlicher Sicht abschliessend davon ausgegangen werden könne, beim Beschwerdeführer würden sich genügend Ressourcen abbilden, die eine volle Arbeitsfähigkeit begründen würden.

5.16 In ihrer Beurteilung vom 15. September 2015 hielt Dr. M.\_\_\_\_ fest, die Angaben des Versicherten würden sich widersprechen. Zum einen solle nach Auffassung des Versicherten die radikuläre Symptomatik nach der Pensumsreduktion auf 50 % und infolge der Behandlung verschwunden sein. Zum anderen gebe der Versicherte an, dass die radikuläre Symptomatik auf die Behandlung nur zeitweilig angesprochen habe, was impliziere, dass die radikuläre Symptomatik weiterhin bestehe. De facto sei in den fachärztlich durchgeführten Abklärungen weder messtechnisch noch klinisch eine radikuläre Symptomatik objektiviert worden. Ausserdem bestätige der Versicherte selbst, dass eine allfällige radikuläre Symptomatik verschwunden sei. Der Umstand, dass die zahlreichen Infiltrationsbehandlungen keine wesentliche Besserung

der subjektiven Beschwerden gebracht hätten, spreche gegen eine rein mechanische Problematik und für eine psychogene Mitbeteiligung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung. Weiter sei auch keine körperliche Schonung im Rahmen der Begutachtung durch Dr. K.\_\_\_\_\_ festgestellt worden. Bei einer langanhaltenden, neuronalen Schädigung wären klinisch Schonungszeichen im Sinne von Muskelatrophien/Umfangdifferenzen zu erwarten. Dies sei nicht der Fall. In den durchgeführten klinischen neurologisch-neurochirurgischen Abklärungen hätte keine radikuläre Symptomatik objektiviert werden können und somit habe auch keine Indikation für eine Dekompressions-OP erhoben werden können.

6. Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2015 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vollumfänglich auf die Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2014. Diese Beurteilung der Vorinstanz ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 hier keine vor. Die begutachtenden Fachärzte haben den Versicherten eingehend untersucht, sie gehen in ihren Berichten einlässlich auf seine Beschwerden ein, sie hatten Einsicht in die bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen und sie vermitteln zusammen ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Dr. K.\_\_\_\_\_ hat sich mit den wesentlichen früheren ärztlichen Beurteilungen auseinandergesetzt. Psychiatrischerseits liegen keine weiteren Beurteilungen vor, so dass Dr. L.\_\_\_\_\_ auch nicht Stellung zu nehmen hatte.

Dr. K.\_\_\_\_\_ führte aus, dass rein deskriptiv ein zervikospodylogenes Syndrom links bei deutlich degenerativen Veränderungen der HWS bestehe. Eine radikuläre Situation in der Vergangenheit könne letztendlich aufgrund der Befunde nicht ausgeschlossen werden, eine intermittierend radikuläre Situation zum heutigen Zeitpunkt sei theoretisch möglich, allerdings würde man dann auch entsprechende Befunde im Sinne einer Atrophie, einer Reflexdifferenz oder eines positiven EMG-Befundes oder zumindest ein Ansprechen bei einer der stattgehabten Infiltrationen erwarten. Da alle diese Kriterien nicht erfüllt seien, gehe er aktuell nicht von einer radikulären Reizung aus. Da ausserdem die Schmerzen permanent und in der gleichen Intensität vorhanden seien und keine therapeutischen Massnahmen geholfen hätten, sei von einer psychogenen Mitbeteiligung an den Schmerzen auszugehen. Damit erklärt Dr. K.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar, weshalb nicht von einer radikulären Situation, die im Übrigen auch bildgebend nicht objektiviert wurde, auszugehen ist.

Dr. L.\_\_\_\_\_ kam aus psychiatrischer Sicht zum Schluss, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) fest. Dem Exploranden könne aber zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen von Dr. L.\_\_\_\_\_ sind nachvollziehbar und überzeugend.

Die IV-Stelle ging demzufolge zu Recht davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit ohne heben über 10 kg, ohne stossen oder ziehen, ohne arbeiten mit dauernd inklinierter oder reklinierter HWS und ohne dauernd überkopf oder dauernd in Zwangsstellungen zu arbeiten zu 100 % arbeitsfähig sei.

6.1 Der Beschwerdeführer wendet gegen das Gutachten von Dr. L. \_\_\_\_ ein, dass es insofern nicht beweistauglich sei, als es keinen Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gebe, welche gemäss der neuesten bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung zu würdigen seien.

Vorweg ist festzuhalten, dass die beim Beschwerdeführer diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung unter die bundesgerichtliche Schmerzrechtsprechung fällt.

Mit Leitentscheid vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden revidiert und sich von der bisherigen Überwindbarkeitsvermutung verabschiedet (BGE 141 V 281 ff.). Gemäss dieser neuen Rechtsprechung soll nun in einem strukturierten Beweisverfahren das tatsächliche Leistungsvermögen der versicherten Person ergebnisoffen und einzelfallgerecht bewertet werden. Das Bundesgericht hat zu diesem Zweck einen Katalog von Indikatoren umschrieben, anhand welcher eine ergebnisoffene, symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens erfolgen soll. Diese neue Praxis ist gemäss Bundesgericht ex nunc anwendbar. Bereits getroffene Abklärungen und bereits erstellte Gutachten verlieren aber nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die vorhandenen Abklärungen genügen, um eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen neuen Indikatoren vornehmen zu können. Unter Umständen kann auch eine punktuelle Ergänzung der bisherigen Abklärungen genügen. Was das Beweismass und die Beweislast angeht, so hat sich aufgrund des bundesgerichtlichen Leitentscheids nichts geändert. Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob anhand des vorliegenden Gutachtens von Dr. L. \_\_\_\_ die massgeblichen Indikatoren genügend transparent sind, um abwägen zu können, ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung standhält.

Das Bundesgericht hat die massgeblichen Abklärungen in zwei Bereiche eingeteilt. In einem ersten Teil sind unter dem Stichwort des funktionellen Schweregrades drei Indikatoren-Komplexe, welche wiederum in weitere Indikatoren unterteilt sind, zu klären. In einem zweiten Teil sind die Ergebnisse aus dem ersten Teil einer Konsistenzprüfung zu unterziehen.

6.2.1 Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel "Gesundheitsschädigung".

Dabei stellt sich zunächst die Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde. Zu würdigen ist die Schwere des Krankheitsgeschehens, wie stark die Alltagsfunktionen beeinträchtigt und ob Hinweise auf Aggravation oder Simulation ersichtlich sind.

Im vorliegenden Fall geht aus dem Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ hervor, dass der Beschwerdeführer um 22.30 Uhr ins Bett gehe und um 05.00 Uhr aufstehe. Mit der Arbeit beginne er um 06.00 Uhr und er arbeite täglich 4 ½ Stunden. Nach der Arbeit lege er sich hin und ruhe sich aus. Dann mache er meistens einen Spaziergang. Der Haushalt werde von seiner Ehefrau geführt, die Söhne seien dabei behilflich. Er habe regelmässig Kontakt mit seinen drei in der Region lebenden Brüdern und deren Familien. Er habe auch Kontakte mit den Arbeitskollegen und mit seinen Freunden. Samstags gehe er gelegentlich mit seiner Ehefrau in den Ausgang, an den Wochenenden hätten sie Kontakt mit Verwandten und Freunden. Der Gutachter kommt zum Schluss, dass der Explorand im Alltag durch psychopathologische Symptome nicht eingeschränkt sei. Dem ist gestützt auf die Schilderungen des Beschwerdeführers zweifellos zuzustimmen. Die diagnoserelevanten Befunde und das Krankheitsgeschehen sind als leicht einzuordnen.

Die Frage der Aggravation wird von Dr. L.\_\_\_\_ nicht beantwortet, er stellt aber fest, dass sich der Beschwerdeführer selbst nur noch als sehr beschränkt arbeitsfähig ansehe. Dr. K.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer habe seine Beschwerden neutral geschildert. Demzufolge ging Dr. K.\_\_\_\_ nicht von einer bewussten Aggravation oder Simulation aus. Er wies jedoch auf Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben und den objektiv erhebbaren Befunden hin.

Als weiteren Indikator nennt das Bundesgericht den Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz. Dabei sind Verlauf und Ausgang der bisher durchgeführten Therapien und Eingliederungsversuche zu würdigen und zu prüfen, ob die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden.

Der Beschwerdeführer war seit dem 10. April 2012 zu 60 % in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitstätig. Im Verlaufe des Jahres 2013 reduzierte er sein Pensum auf 50 %. Zur Schmerzbehandlung wurden diverse Infiltrationen durchgeführt. Eine Operation wurde nicht empfohlen. Der Beschwerdeführer begibt sich auch regelmässig in physiotherapeutische Behandlung. Psychiatrischerseits werden keine Behandlungen durchgeführt; der Gutachter schlägt auch keine Behandlungsmassnahmen vor. Insgesamt scheinen die therapeutischen Möglichkeiten weitgehend ausgeschöpft zu sein.

Als weiterer Indikator sind die Komorbiditäten zu würdigen. Der psychischen Komorbidität ist nach der neuen Praxis keine vorrangige Bedeutung mehr einzuräumen, vielmehr sind auch körperliche Begleiterkrankungen zu würdigen. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine somatoforme Schmerzstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Weitere Diagnosen wurden vom psychiatrischen Gutachter keine gestellt. Als körperliche Erkrankungen bestehen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikospodylogenes Syndrom links mit/bei degenerativen Veränderungen der HW mit Protrusionen C3/4, C4/5, C5/6, C6/7, mehrsegmentalen neuroforaminalen Stenose C3/4 rechts > links, C5/6 links > rechts, C6/7 rechts. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehen ein Carpaltunnelsyndrom links, leichtgradig, eine arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie sowie ein Status nach Carpaltunnelsyndrom-OP rechts 05/2007. Insgesamt liegt keine psychische Komorbidität vor und die somatischen

Befunde sind als gering einzustufen, sodass der Beschwerdeführer in Bezug auf den Indikator „Komborbiditäten“ nichts zu seinen Gunsten ableiten kann.

6.2.2 Im zweiten die Persönlichkeit betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt um die persönlichen Ressourcen zu eruieren.

Aus den gutachterlichen Ausführungen von Dr. L.\_\_\_\_\_ geht hervor, dass beim Beschwerdeführer keine vorbestehenden, psychosozialen Belastungssituationen vorliegen. Ebenso diagnostiziert er keine weiteren psychiatrischen Störungen. Zur Untersuchung führt der Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe sich differenziert ausgedrückt. Während der ganzen Untersuchung habe er nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Er habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Er habe kein Gedankenabreissen, keine Neologismen und keine Gedankenleere gezeigt. In seinen Schilderungen seien keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar gewesen. Wahnhafte Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht vorhanden gewesen. Es habe keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen gegeben. Der Explorand habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person gehabt. Er habe sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen können. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden gewesen. Er habe keine Zwangsgedanken geäußert und Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden gewesen. Er habe nicht über Ängste berichtet und keine Phobien erwähnt. Aus seinen Schilderungen hätten sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages ergeben. Der Explorand habe nicht über einen Lebensverleider, Suizidgedanken oder -phantasien berichtet. Gestützt auf diese Feststellungen sind aus Sicht der Persönlichkeit des Beschwerdeführers durchaus persönliche Ressourcen vorhanden.

6.2.3 Im dritten Indikatoren-Komplex ist unter dem Titel „sozialer Kontext“ zunächst die Abgrenzung der psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorzunehmen. Diese Faktoren bleiben als invaliditätsfremd nach wie vor unbeachtlich. Im vorliegenden Fall sind keine invaliditätsfremden Faktoren ersichtlich. Wie sich aus den Angaben des Beschwerdeführers weiter ergibt, pflegt er gute soziale Kontakte sowohl familiärer als auch freundschaftlicher Natur. Die Beziehungsfähigkeit ist somit erhalten. Auch kann von einem sozialen Rückzug nicht die Rede sein.

6.3 Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die „Konsistenzprüfung“ vorzunehmen. Dabei ist zu prüfen, ob die vom Gutachter bzw. von der IV-Stelle festgestellten Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit aufgrund des medizinisch festgestellten Gesundheitsschadens anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Ein wichtiger Indikator ist dabei die Frage, ob die diskutierte Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit gleich ausgeprägt ist wie die Einschränkungen in den sonstigen Lebensbereichen. Ferner ist zu beachten, ob die versicherte Person Therapieangebote wahrnimmt oder mögliche Behandlungen auslässt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer, wie aus seinen Schilderungen ersichtlich, im täglichen Leben nicht wesentlich eingeschränkt. Dies entspricht auch der von den Gutachtern angenommenen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten

Tätigkeit. Der Beschwerdeführer nimmt eine physiotherapeutische Behandlung in Anspruch, wobei unklar ist in welcher Intensität diese beansprucht wird. Eine Intensivierung der Physiotherapie oder die Aufnahme weiterer bzw. anderer Therapieformen wurde von den Gutachtern nicht erwähnt. Psychiatrische Behandlungen oder Medikation stehen nicht zur Diskussion. Der Beschwerdeführer scheint zwar offen für weitere Behandlungsangebote, sollten solche vorgeschlagen werden. Dennoch ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer auf Grund der nur geringen Beeinträchtigungen im Alltag und insbesondere der guten sozialen Situation ausreichend persönliche Ressourcen vorhanden sind.

Insgesamt erscheint die von den Gutachtern veranschlagte und von der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung berücksichtigte Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeiten durchaus in Übereinstimmung mit den Einschränkungen des Beschwerdeführers im Alltag zu sein.

7. Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass die Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren geben, die gemäss der neuen Schmerzrechtsprechung zu berücksichtigen sind. Des Weiteren ist die von den Gutachtern vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung auch in Würdigung der nach neuer Rechtsprechung zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend, so dass auf die Gutachten vollumfänglich abgestellt werden kann. Damit ist von einer 100%igen Erwerbsfähigkeit in einer den Einschränkungen angepassten Verweistätigkeit auszugehen. Der Antrag auf Anordnung eines Gerichtsgutachtens ist demzufolge abzuweisen.

8. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die IV-Stelle errechnete in ihrer Verfügung vom 15. Juni 2015 einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad. Der Einkommensvergleich ist nicht zu beanstanden und er wird vom Beschwerdegegner auch nicht bestritten. Insofern besteht kein Anlass für eine nähere Prüfung von Amtes wegen (BGE 125 V 413 E. 1b und 2c). Demzufolge ist die vorliegende Beschwerde abzuweisen.

9. Abschliessend bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden.

Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 200-1000 Franken 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. 600.-- 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 und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- zu verrechnen sind.

Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen (§ 21 Abs. 1 VPO).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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