



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. Juli 2017 (720 17 67 /174)

Invalidenversicherung

IV-Rente / Würdigung des medizinischen Sachverhalts / Adipositas wirkt sich nicht invalidisierend aus

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus,
Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Margit Campell

Parteien A.____, Beschwerdeführer

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1959 A.____ arbeitete seit dem 1. Juli 1984 in einem 100%-Pensum als Logistiker bei der B.____ AG. Am 21. September 2011 (Eingang) meldete er sich bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 23. Mai 2012 das Leistungsbegehren ab. Nachdem das Arbeitsverhältnis des Versicherten bei der B.____ AG per 30. Juni 2012 aufgelöst worden war, bezog er von Juli 2012 bis Januar 2013 Taggelder der

Arbeitslosenversicherung. In der Zeit vom Februar 2013 bis Dezember 2014 lebte A._____ in X._____.

A.2 Am 4. August 2015 reichte der Versicherte erneut ein Leistungsgesuch bei der IV ein und beantragte die Ausrichtung einer Rente, wobei er auf häufige Migräne, kardiologische Beschwerden, körperliche Beeinträchtigung an der Wirbelsäule mit ständigen starken Schmerzen und eingeschränkter Beweglichkeit, Taubheitsgefühl im linken Bein und beidseitig an den Zehen hinwies. Die IV-Stelle prüfte die erwerblichen und die gesundheitlichen Verhältnisse und lehnte das Gesuch mit Verfügung vom 17. Februar 2017 mangels rentenbegründenden IV-Grads nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ab.

B. Hiergegen erhob A._____ am 24. Februar 2017 / 7. März 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass der Entscheid der IV-Stelle auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin sei er nicht mehr als Logistiker arbeitsfähig und kein Arzt habe ihn seit Frühjahr 2015 zu 100% arbeitsfähig geschrieben. In Ergänzung zu den bisherigen Eingaben reichte der Beschwerdeführer am 4. April 2017 einen weiteren medizinischen Bericht ein.

C. Mit Verfügung vom 11. April 2017 bewilligte die instruierende Präsidentin der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts dem Beschwerdeführer für das Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung.

D. Die IV-Stelle liess sich mit Eingabe vom 2. Mai 2017 vernehmen und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die form- und fristgerecht beim sachlich wie örtlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

2. Vorliegend ist strittig und zu prüfen, ob die IV-Stelle den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente zu Recht verneinte. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Februar 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidität [IVG] vom 19. Juni 1959). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung

der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Diese Definitionen entsprechen den vor Inkrafttreten des ATSG per 1. Januar 2003 von der Rechtsprechung entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung (BGE 130 V 343 ff.).

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

3.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der IV-Grad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der IV-Grad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes 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 132 V 99 f. mit weiteren Hinweisen). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit 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).

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 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 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 einleuchtet 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; AHJ-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

4.3 Die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die IV 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 (vgl. BGE 135 V 254 E. 3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.1).

4.4 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). 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 und E. 4.7).

4.5 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

5.1 Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen zu beachten:

5.2.1 Am 4. August 2015 diagnostizierte Dr. med. D.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Leitende Ärztin des Spitals E.____, chronische Nackenschmerzen, eine chronische Lumbalgie bei Osteochondrose LWK5/SWK1 sowie eine degenerative Spondylolisthese LWK4/LWK5 (MRI der Lendenwirbelsäule [LWS] vom 13. März 2015: eine degenerative Pseudoanterolisthese LWK4 auf LWK5 Meyerding 1), eine bilaterale Spondylarthrose mit Punctum maximum LWK4/LWK5, eine Osteochondrose LWK5/SWK1 und eine kleine breitbasige Protrusion LWK3/LWK4. Das Vorliegen einer Spinalkanalstenose oder Wurzelkompressionen wurde verneint. Weiter lägen eine knöchernerne Einengung der Neuroforamina HWK 3/4 rechts und HWK 5/6 beidseits, eine degenerativ bedingte minimale Anterolisthese von HWK 7 auf LWK Lyon ca. 2 mm, degenerativ bedingte multisegmentale Veränderungen der HWS mit multisegmentalen Osteochondrosen, Uncovertebralarthrosen, Retrospondylosen sowie Spondylarthrosen beidseits vor. Als Nebendiagnosen wurden ein Status nach zerebrovaskulärem Insult und ein Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit (KHK) bei anamnestischer Angina pectoris genannt.

5.2.2 Dr. med. E.____, FMH Allgemeinmedizin, führte in seinem Bericht vom 28. Oktober 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein prolongiertes reversibles ischämisches neurologisches Defizit (PRIND)/CVI mit Hemiparese links (2005), eine morbide Adipositas BMI 41 kg/m² mit Belastungsintoleranz sowie ein Lumbovertebralsyndrom auf. Der Beschwerdeführer sei adipös, zeige aber keine Herzinsuffizienzzeichen. Ebenso sei der HJ-Reflux negativ und es lägen keine Ödeme vor. Die Lungenauskultation sei normal, die Reflexe seien symmetrisch und es bestünden keine Hinweise auf eine Hemiparese. Zurzeit sei mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nicht zu rechnen.

5.2.3 PD Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitender Arzt des Spitals D.____, nannte am 30. November 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Spondylolisthese LWK 4/5 Meyerding Grad I degenerativ, Osteochondrose LWK 5/SWK 1, Verdacht auf Status nach transitorischer ischämischer Attacke (TIA) sowie Verdacht auf KHK bei anamnestisch bekannter Angina pectoris. Der Versicherte habe seit Monaten zunehmende lumbosacrale Beschwerden und befände sich in Abklärung. Arbeitsunfähigkeitszeugnisse würden nach dem Aktenstudium nicht vorliegen.

5.2.4 Prof. Dr. med. G.____, FMH Endokrinologie/Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, Chefarzt der Medizinischen Klinik H.____, diagnostizierte am 13. Juni 2016 eine Adipositas WHO Grad III, schwere rezidivierende Lumbalgien, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS), eine Misch-Cephalaea mit chronischen Nackenschmerzen und Migräne mit Aura, einen Status nach CVI 01/2016 und diskrete Paresen des linken Beines. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab Prof. Dr. G.____ eine Dyslipidämie mit erhöhter Nüchtern glukose, eine arterielle Hypertonie sowie eine Polyneuropathie an. Die Einschränkungen würden sich durch eine Gewichtsreduktion vermindern lassen und mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit könne gerechnet werden, wobei der Zeitpunkt und der Umfang noch nicht absehbar seien. Aufgrund der Rückenbeschwerden sei der Versicherte aktuell aber zu 100% arbeitsunfähig.

5.2.5 Im Bericht vom 1. Oktober 2016 nannte der behandelnde Hausarzt Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Adipositas III bei Status nach laparoskopischer Schlauchgastrektomie im Juli 2016 bei einem BMI von 43.8 kg/m², ein schwergradiges OSAS, ein chronisches rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei Osteochondrose LWK5/SWK1 und degenerativer Spondylolisthesis LWK4/LWK5, eine Misch-Cephalaea bei chronischen Nackenschmerzen und Migräne mit Aura, eine ausgeprägte multifaktoriell bedingte Dekonditionierung sowie eine diskrete Parese des linken Beines. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. I.____ eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie, einen Verdacht auf eine beginnende Polyneuropathie, eine Nikotinabhängigkeit und einen Status nach Gelegenheits-Cholezystektomie bei Cholelithiasis auf. Im Juli 2016 seien beim Versicherten eine laparoskopische Schlauchgastrektomie und eine Cholezystektomie bei Adipositas III und anderweitig nicht behandelbarem OSAS durchgeführt worden. Er habe durch die Schlauchgastrektomie bisher 16 kg abgenommen. Im Anschluss an die Operation hätten sich jedoch Schluckbeschwerden gezeigt, die auf eine umschriebene dilatationsbedürftige Stenose auf Höhe des proximalen Magens zurückzuführen gewesen seien. Bei bereits deutlicher Aufweitung des Oesophagus sei nun eine Dilatationsbehandlung erfolgt. Die Anstrengungsdyspnoe habe sich bereits soweit gebessert, dass der präoperativ - ausserhalb des Hauses - kaum mehr gehfähige Versicherte nun Spaziergänge bis zu einer Dauer von 30 Minuten unternehmen könne. Zudem habe die pharmakologische Therapie der arteriellen Hypertonie bei normalisierten Blutdruckwerten abgesetzt werden können. Bezüglich des Rücken- und Nackenleidens habe ebenfalls eine leichte Schmerzverminderung festgestellt werden können. Der Effekt der nun schrittweise gesteigerten medizinischen Trainingstherapie bleibe aber abzuwarten. Die Verbesserung des OSAS sei noch nicht objektiviert, der Versicherte berichte aber über eine reduzierte Tagesmüdigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Logistiker bestünde vom 8. März 2015 bis 14. Oktober 2015 eine 50%ige und ab 15. Oktober 2015 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Er könne lediglich physisch weniger anstrengende wechselbelastende Tätigkeiten ohne Notwendigkeit zum Heben oder Verschieben von Lasten verrichten. Aufgrund der persistierenden Anstrengungsdyspnoe werde das Arbeitstempo dauernd verlangsamt sein. Zudem bestehe eine leicht verminderte psychische Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit. Da die Rehabilitationsbehandlung noch nicht abgeschlossen sei, seien hier nur ungefähre Angaben möglich. Vermutlich könnte bei einer geeigneten Tätigkeit mittelfristig eine Arbeitszeit von 4 Stunden erreicht werden. Auch für leichtere wechselhaltige Arbeiten (z.B. Kontrolltätigkeiten

bei Konfektionierung etc.) werde der Versicherte ein vermindertes Arbeitstempo behalten, so dass auch mittelfristig eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit um weitere 50% anzunehmen sei. Ob durch die erwähnte leicht verminderte psychische Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit das Erlernen neuer (digitalisierter) Prozesse erschwert sei, müsse derzeit offen bleiben. Eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 25-30% schein aber auch später kaum realisierbar zu sein.

5.2.6 In seiner Stellungnahme hielt der RAD-Arzt Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 7. Dezember 2016 fest, dass sich wegweisende klinische oder gar bildgebende Befunde, welche qualitative oder quantitative Funktionseinschränkungen mit plausibler Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit begründen könnten, in den umfassenden und differenzierten medizinischen Abklärungen letztlich nicht feststellen liessen. Deshalb könne unter versicherungsmedizinischen Kriterien keine massgebliche und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Bei genauer Betrachtung handle es sich um unspezifische Beschwerden. So seien Rückenschmerzen zervikal und auch lumbal weit verbreitet. Diese liessen sich jedoch in der Regel durch entsprechende Aktivitäten und Physiotherapie gegebenenfalls auch mit zeitweiser Analgesie soweit erfolgreich behandeln, dass eine körperlich nicht über Gebühr beanspruchende Tätigkeit wieder unlimitiert zumutbar sei. Dies sei insbesondere dann der Fall, wenn - wie vorliegend - keinerlei neurokompressive Pathologien im Bereich des Achsenorgans zu finden seien. Eine diskrete Parese des linken Beins habe nach umfassender Abklärung möglicher peripherer und auch zentraler Ursachen keiner Pathologie zugeordnet werden können. Darüber hinaus sei die generell mögliche Funktionseinschränkung nur von geringer Ausprägung, so dass sich auch daraus keine wesentliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit ableiten liesse. Analog könne dies auch für die Sensibilitätsstörung mit Taubheitsgefühl (Hypästhesie) der plantaren Zehen beidseits gelten, denn elektroneurographisch hätten wesentliche Pathologien wie z.B. eine Polyneuropathie ausgeschlossen werden können. Darüber hinaus könnten sich die daraus ableitenden Funktionseinschränkungen nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Vergleichbar gelte dies auch für die Migränesymptomatik, die durchaus zu zeitlich befristeten Arbeitsausfällen von wenigen Tagen Anlass geben könne. Auch diese sei jedoch mit entsprechender Medikation als behandelbar einzustufen, womit dieser medizinische Sachverhalt keinen invalidisierenden Charakter im Sinne einer monate- oder gar jahrelangen nicht behandelbaren Einschränkung begründen könne. Der Status nach Hemisymptomatik stehe ebenfalls ohne weitere wegweisende Abklärungsergebnisse und ohne bleibende Ausfälle im Raum und könne somit nicht als dauerhaft die Arbeitsfähigkeit einschränkend eingestuft werden. Hingegen seien psychosoziale Faktoren ausgewiesen, welche das subjektive Krankheitsempfinden des Versicherten massgeblich beeinflussen dürften. So habe er nach knapp 2-jähriger Selbständigkeit in X.____ offensichtlich seinen Job verloren und versuche nun nach seiner Rückkehr in der Schweiz wieder Fuss zu fassen. Bislang seien jedoch mehrere Bewerbungen erfolglos gewesen und er sei mit seiner Frau vom Sozialamt abhängig.

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich der RAD-Arzt Dr. J.____ dahingehend, dass für die Zeitdauer stationärer Aufenthalte und die jeweiligen Nachbehandlungen wie z.B. nach dem bariatrischen Eingriff vom Juli 2016 eine ca. dreimonatige Arbeitsunfähigkeit im Sinne der postinterventionel-

len Rehabilitation nachvollzogen werden könne. Spätestens ab dem Untersuchungszeitpunkt bei Dr. I.____ am 13. September 2016 sei jedoch von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Logistiker auszugehen.

5.2.7 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens diagnostizierte PD Dr. F.____ am 21. März 2017 eine Spondylolisthese LWK 4/5 Meyerding Grad I degenerativ und eine Osteochondrose LWK 5/SWK 1. Der Versicherte berichte über starke wechselhafte Schmerzen am Rücken beim Gehen, Stehen, Sitzen und Liegen, so dass er häufige Positionswechsel durchführen müsse. Klinisch sei die führende Pathologie zum aktuellen Zeitpunkt unklar. Der Beschwerdeführer habe mehrere degenerative Veränderungen und das klinische Beschwerdebild zeige Hinweise für verschiedene Ursachen. Augenfällig sei die motorische Schwäche, welche sich im Vergleich zum neurologischen Untersuchungsbefund von vor 2 Jahren deutlich verschlechtert habe. Der Versicherte werde daher in der neurologischen Abteilung des Spitals D.____ weiter untersucht.

5.2.8 In seiner RAD-Stellungnahme vom 19. April 2017 führte Dr. J.____ zum Bericht von PD F.____ vom 21. März 2017 aus, dass die diagnostischen Bemühungen der behandelnden Ärzte weiter um die subjektiven Beschwerden des Versicherten kreisen würden, welche auch diesen nicht hinlänglich klar seien. Letztlich handle es sich um altbekannte Beschwerdebilder. Die nun in der klinischen Untersuchung erwähnte auffällige Zunahme einer motorischen Schwäche der unteren Extremität korreliere bildgebend im MRT nicht mit entsprechenden neurokompressiven Pathologien. Eine massgebliche Progredienz der vorbekannten degenerativen Veränderungen sei nicht feststellbar. Auch würden klinisch typische sensible Ausfälle fehlen. Abgesehen davon würden motorisch noch relevante Restmuskelfunktionen beschrieben. Von der avisierten neurologischen Abklärung sei deshalb rein versicherungsmedizinisch keine wegweisende medizinische Information zu erwarten. Die allfällig eingeschränkte Motorik der unteren Extremitäten sei auch bereits in der RAD-Stellungnahme vom 7. Dezember 2016 berücksichtigt worden. Auch wenn diese Parese im Verlauf zugenommen hätte, würde sie die Fortbewegung aufgrund der erhobenen Messwerte nicht verunmöglichen. Zudem würden die neuen Befunde auch im medizinischen Kontext nichts an der bisherigen versicherungsmedizinischen Beurteilung ändern.

5.2.9 PD Dr. F.____ hielt am 25. April 2017 fest, dass nach der am 7. April 2017 durchgeführten neurologischen Verlaufskonsultation keine Anhaltspunkte für eine lumbale Radikulopathie oder eine Myelopathie als Ursache der Beschwerde des Versicherten bestünden. Die Schmerzen würden als Knochenhautreizung interpretiert und die Fortsetzung der Schmerz- und der Physiotherapie werde empfohlen.

6.1 Die IV-Stelle stellte bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes des Versicherten vollumfänglich auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. J.____ ab. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte den Beruf als Logistiker grundsätzlich ausüben könne. Lediglich für die Zeitdauer stationärer Aufenthalte und die jeweilige Nachbehandlung könne eine circa 3-monatige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Spätestens seit der Untersuchung bei Dr. I.____ am 13. September 2016 sei der Beschwerdeführer wieder 100% arbeitsfähig in seiner angestammten Tätigkeit als Logistiker. Wie oben in Erwägung 4.4 festgehalten, ist der Be-

weiswert von RAD-Berichten mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern diese den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt und nicht einmal geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. Die RAD-Berichte von Dr. J.____ erfüllen diese Voraussetzungen ohne weiteres. Zudem verfügt er als Facharzt der Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates über die notwendigen fachärztlichen Kenntnisse, um die Auswirkung der gestellten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können. Dr. J.____ setzte sich denn auch mit der medizinischen Aktenlage sorgfältig auseinander und begründete seine Einschätzung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit gestützt auf die Befunde und Beurteilungen der behandelnden Ärzte schlüssig und nachvollziehbar. Dabei stellte er zu Recht fest, dass Dr. E.____ und Dr. I.____ keine einleuchtenden Zumutbarkeitsbeurteilungen vornahmen. Dr. E.____ hielt am 28. Oktober 2015 einzig fest, dass dem Beschwerdeführer die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nicht zumutbar sei. Ob er diese Aussage auf die angestammte Tätigkeit als Logistiker bezog oder eine Verweistätigkeit meinte, ist dem Bericht nicht zu entnehmen. Mit Dr. J.____ ist diesbezüglich jedoch festzuhalten, dass Dr. E.____ keine massgeblichen Funktionseinschränkungen nannte, welche einer beruflichen Tätigkeit entgegenstanden. Dr. I.____ ging sodann in seinem Bericht vom 1. Oktober 2016 davon aus, dass der Beschwerdeführer vom 8. März 2015 bis 14. Oktober 2015 zu 50% und ab diesem Datum vollständig arbeitsunfähig sei. Da Dr. I.____ den Beschwerdeführer erst ab 29. Oktober 2015 behandelte, erscheint seine Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ab März 2015 zweifelhaft. Die über Mitte Oktober 2015 hinaus bescheinigte ganze Arbeitsunfähigkeit widerspricht den Angaben von PD Dr. F.____, der am 30. November 2015 keine Einschränkung attestierte. In Bezug auf dessen Ausführungen vom 1. Oktober 2016 steht fest, dass beim Beschwerdeführer nach der im Juli 2016 durchgeführten Schlauchgastrektomie bereits eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten war und dieser 30-minütige Spaziergänge unternehmen kann. Zudem konnte er die Blutdruckmedikamente absetzen und die Rückenbeschwerden haben sich ebenfalls leicht gebessert. Seine Zumutbarkeitsbeurteilung, wonach der Beschwerdeführer auch in einer adaptierten Tätigkeit nicht mehr als 20% - 30% arbeitsfähig sein soll, ist unter diesen Umständen nicht nachvollziehbar. Dies umso mehr, als der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. I.____ im Wesentlichen orthopädische Beschwerden aufwies, welche aber gestützt auf die Angaben der behandelnden Orthopäden zu keiner dauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Dr. C.____ verzichtete in ihrem Bericht vom 4. August 2015 auf eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. PD Dr. F.____ hielt am 30. November 2015 fest, dass gar keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vorlägen. Einzig Prof. Dr. G.____ erachtete den Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 13. Juni 2016 aufgrund der Rückbeschwerden als 100% arbeitsunfähig. In diesem Zusammenhang ist aber mit dem RAD-Arzt Dr. J.____ festzustellen, dass Prof. Dr. G.____ als Facharzt der Endokrinologie, Diabetologie und der Allgemeinen Inneren Medizin nicht über die nötige Fachkompetenz verfügt, um die diagnostizierten orthopädischen Beschwerden überzeugend beurteilen und eine Zumutbarkeitsbeurteilung vornehmen zu können. Auffallend ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass Prof. Dr. G.____ dem Beschwerdeführer aufgrund der in seinen Fachbereich fallenden Diagnosen wie die Adipositas keine Arbeitsunfähigkeit attestierte. Dabei ist aber auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts hinzuweisen, wonach die Adipositas grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität bewirkt, wenn sie nicht körperliche oder geistige

Schäden verursacht oder nicht Ursache solcher Schäden ist. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles dennoch als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (vgl. Urteil des Bundesgericht vom 19. September 2012, 8C_496/2012, E. 2.2 mit Hinweisen). Zudem wurde bei ihm im Juli 2016 eine laparoskopische Schlauchgastrektomie durchgeführt, welche gemäss Angaben von Dr. I.____ in seinem Bericht vom 1. Oktober 2016 bereits eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes bewirkte (vgl. oben E. 5.2.5). Unter diesen Umständen wurde die Adipositas vorliegend zu Recht nicht als invalidisierend bezeichnet. Auch die übrigen Berichte sprechen gegen die Annahme von Dr. I.____ und die Auffassung des Beschwerdeführers, dass ihm eine berufliche Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. So führte Dr. J.____ einleuchtend aus, dass weder die Migräne noch die diskrete Parese des linken Beins und die Sensibilitätsstörung mit Taubheitsgefühl der plantaren Zehen eine dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursachten. Dies bestätigen im Übrigen auch die Ergebnisse der am 7. April 2017 durchgeführten neurologischen Verlaufskonsultation (vgl. oben E. 5.2.9), welche keine Anhaltspunkte für eine lumbale Radikulopathie oder eine Myelopathie ergeben hat. Somit gibt es keinen Anlass daran zu zweifeln, dass der Versicherte auch mit seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Tätigkeit als Logistiker zu 100 % arbeitsfähig ist.

6.2 Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Versicherte aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht in seiner Arbeitsfähigkeit als Logistiker eingeschränkt ist. Die IV-Stelle lehnte deshalb zu Recht einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente ab. Der verfügungsweise Entscheid der IV-Stelle vom 17. Februar 2017 ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen.

7.1 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. 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 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten zu überbinden sind. Da ihm mit Verfügung vom 11. April 2017 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird in diesem Zusammenhang jedoch auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

7.2 Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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