



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. Dezember 2016 (720 16 209)

Invalidenversicherung

Es ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf den Bericht des RAD stützte. In der angefochtenen Verfügung hätte sie jedoch berücksichtigen müssen, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwerten kann. Der Beschwerdeführer hat somit Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Die Beschwerde wird gutgeheissen.

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Robin Eschbach

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. A.____ arbeitete zuletzt bis am 30. November 2014 als Koch im Wohn- und Pflegeheim B.____. Mit Gesuch vom 25. Januar 2015 meldete sich der Versicherte zur Früherfassung bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) an. Mit Schreiben vom 3. März 2015 beantragte er, mit Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall, Leistungen bei der IV-Stelle. Nach Abklärung der

gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. Juni 2016 einen Anspruch auf eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 21 % ab.

B. Hiergegen erhob A._____ mit Eingabe vom 26. Juli 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte im Wesentlichen die Aufhebung der Verfügung vom 15. Juni 2016.

C. Innert erstreckter Frist beantragte der vom Beschwerdeführer zwischenzeitlich mandatierte Vertreter, Markus Schmid, Rechtsanwalt, mit Eingabe vom 22. August 2016, es sei in Aufhebung der Verfügung vom 15. Juni 2016 ein gerichtliches Gutachten zur Abklärung der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers einzuholen. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Sache zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdebeklagte zurückzuweisen; unter o/e Kostenfolge.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 21. Oktober 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit Eingabe vom 3. November 2016 nahm der Beschwerdeführer erneut zum Verfahren Stellung.

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 zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 26. Juli 2016 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

3.1 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 Eingliederungsmassnahmen 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).

3.2 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 anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.3 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 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).

3.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die Versicherten haben 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 sind.

3.5 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 (BGE 128 V 30 E. 1).

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 zumutbarer-

weise 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 bundesgerichtliche 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 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Aufgrund der umfangreichen Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers werden nachfolgend nur ausgewählte medizinische Unterlagen zusammengefasst. Zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

5.1 Im Bericht von Dr. med. C.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, Spital D.____, vom 17. Oktober 2014, stellte diese folgende Hauptdiagnosen: Subakute lumbosakrale Schmerzen; bei L5/S1 Chondrose und eine mediane mediorechtslaterale Diskushernie mit Kontakt zur rechten S1-Wurzel vor Eintritt in den Rezessus, jedoch ohne Kompression.

Des Weiteren bestehe ein Verdacht auf ein Enchondrom proximale Femur rechts und ein Prostatakarzinom mit Status nach radialer Prostatektomie und Lymphadenektomie. Der Versicherte berichte über seit mehr als zwei Wochen bestehende Steiss-Schmerzen mit diffuser Ausstrahlung. Die Schmerzen seien so unerträglich, dass er kaum ruhig stehen könne. Stehen und Sitzen sei schlimm. Nachtschmerzen bestünden keine, er könne aber nicht auf dem Rücken liegen. Die Schmerzen seien relativ rasch vor acht Wochen aufgetreten und würden bei Belastung zunehmen. Ob die Beschwerden tatsächlich im Zusammenhang mit der recht kleinen, aber mediolateral rechts gelegenen Diskushernie zu sehen sind, könne Dr. C._____ nicht abschliessend beurteilen.

5.2 Mit Bericht von Prof. Dr. med. E._____, FMH Neurochirurgie, vom 10. Dezember 2014, diagnostizierte dieser eine symptomatische mediolaterale Diskushernie L5/S1 rechts. Der Patient leide seit September 2014 an persistierenden starken Rückenschmerzen auf Höhe des Os sacrum. Dazu klage er über starke Krämpfe in den Waden sowie auch seit Mitte November 2014 über eine Schwäche der Fusshebung links. Die Schmerzen würden nicht auf die konservative Therapie ansprechen, so dass sich der Patient nicht mehr frei bewegen könne. Elektrophysiologisch sei keine klare Nervenwurzelerschädigung nachgewiesen worden. Das MRI der LWS vom 16. September 2014 zeige eine mediolaterale Diskushernie L5/S1 rechts, die in der Verlaufsuntersuchung vom 20. November 2014 leicht progredient scheine, jedoch keine Nervenwurzel beeinträchtige. Diese Hernie könnte die lokalen sakralen Schmerzen und auch die pseudoradikulären Ausstrahlungen durch die erhöhte Spannung der Bandscheibenkapsel erklären. Als gezielte Therapie biete sich in dieser Situation eine Nukletomie/Diskektomie zur Reduzierung des intradiskalen Druckes an.

5.3 Im Austrittsbericht vom 22. Dezember 2014 hielt Prof. Dr. E._____ fest, dass die geplante mikrochirurgische Fenestration L5/S1 rechts mit einer Sequesterentfernung und Diskektomie am 12. Dezember 2014 durchgeführt worden sei. Die Operation sei komplikationslos verlaufen. In den folgenden Tagen hätten sich die lumbosakralen Schmerzen deutlich zurückgebildet und der Patient habe mit Hilfe der Physiotherapie problemlos mobilisiert werden können. Im Laufe des Spitalaufenthaltes habe er eine depressive Dekompensation mit Panikattacken erlitten, die psychiatrisch beurteilt und mit Temesta behandelt worden seien. Am 19. Dezember 2014 sei der Versicherte mit trockenen Wundverhältnissen und einem unauffälligen Neurostatus nach Hause entlassen worden. Bis zur Nachkontrolle sei er zu 100 % arbeitsunfähig gewesen.

5.4 Mit Bericht vom 28. Februar 2015 wies Prof. Dr. E._____ auf residuale Schmerzen des Versicherten im Rücken und der Hüftregion rechts nach einer falschen Bewegung hin. Die 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit verlängerte er bis 31. März 2015. Die neurochirurgische Therapie sei abgeschlossen.

5.5 Dr. med. F._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. April 2015 eine mittelgradige depressive Episode seit Ende 2014. Die psychische Belastung durch somatische Erkrankungen habe zu einem chronischen Schmerzsyndrom und einer Depression geführt. Das Krankheitsbild sei primär somatischen Ursprungs, die Angst und die depressive Symptomatik seien eindeutig eine Folge der Schmerzen. Therapeutisch stehe

das Schmerzmanagement im Zentrum. Es sei eine antidepressive Therapie begonnen worden, deren Wirkung noch nicht beurteilt werden könne. Eine Arbeitstätigkeit sei dem Versicherten nicht zumutbar.

5.6 Im Bericht von Dr. med. G.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Spital D.____, vom 17. Juni 2015, wurde die Diagnose eines Verdachts auf ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 linkseitig gestellt. Es sei irritierend, dass in der letzten MRI-Untersuchung vom 15. April 2015 kein passendes Korrelat gefunden worden sei. Als Hauptbefund liege eine Diskushernie L5/S1 vor, die zwar auf den Bildern nicht komprimierend wirke, rezessal aber je nach Körperposition zu einer Kompression der Wurzel S1 führen könnte.

5.7 Mit Bericht von PD Dr. med. I.____, FMH Neurologie, Spital D.____, vom 6. Juli 2015, führte dieser aus, dass es sich bei der nachgewiesenen EMG-Veränderung wahrscheinlich um eine kompressionsbedingte alte Schädigung der Wurzel L5 auf der linken Seite handle, die durch die Operation im Dezember 2014 behoben worden sei. Distal würden aufgrund der entsprechenden Vorschädigung der Wurzel L5 sensible Ausfallerscheinungen bei längerer Druckbelastung bestehen. Neurographisch würden sich keine Hinweise für eine post-radikuläre Schädigung ergeben.

5.8 Im Bericht von Dr. F.____ vom 31. August 2015 diagnostizierte dieser eine depressive Episode, gegenwärtig leicht (F 32.0). Nach diversen somatischen Erkrankungen, insbesondere nach lumbalem Schmerzsyndrom habe der Versicherte ein mittelgradiges depressives Syndrom entwickelt. Anschliessend sei es zu Besserungstendenzen der Depression und des Schmerzes gekommen. Der Schlaf habe sich normalisiert. Seit August 2014 bestehe somatischerseits eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Der Schmerz limitiere die beruflichen Möglichkeiten. Die depressiven Einschränkungen seien leichtgradiger. Stehen, sitzen und gehen sei schwer eingeschränkt.

5.9 Dr. F.____ führte in seinem Bericht vom 25. Dezember 2015 aus, über Schlafstörungen werde nicht mehr berichtet. Im September 2015 seien dem Versicherten neue schmerztherapeutische Optionen angeboten worden. Nach den ersten Versuchen sei er tagelang fast schmerzfrei gewesen. An weiteren psychiatrischen Konsultationen habe deshalb kein Interesse bestanden. Die Stimmung sei nur noch leicht niedergedrückt. Psychiatrisch seien keine weiteren Massnahmen geplant.

5.10 Gestützt auf die medizinischen Unterlagen nahm Dr. med. J.____, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), am 22. Februar 2016 eine Aktenbeurteilung vor. Aufgrund eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bestehe seit 19. August 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit des Versicherten als Koch. Die Arbeitsfähigkeit belaufe sich in einer Verweistätigkeit (leicht sitzende Tätigkeit, keine Rumpfwangshaltungen oder Verdrehung der Lendenwirbelsäule, kein dauerndes oder repetitives Bücken, keine ständige Nässe, Kälte oder Zugluft und keine Stösse oder Vibrationen auf die Wirbelsäule) seit dem 1. Juli 2015 auf 100 % mit vermehrten Pausen. Berufliche Massnahmen seien theoretisch

möglich, der Versicherte halte sich aber nicht mehr für arbeitsfähig. Aufgrund des Alters des Versicherten von 62 Jahren würden erschwerte Erfolgsaussichten bestehen, eine Anstellung in einem geeigneten Job zu finden. Nach der Dekompressionsoperation einer Diskushernie am 12. Dezember 2014 habe die Untersuchung bei Prof. Dr. E.____ vom 3. Februar 2015 eine erhebliche Besserung der Rückenproblematik dokumentiert. Ab diesem Zeitpunkt sei der Versicherte von somatischer Seite in Verweisarbeiten einsetzbar gewesen. Eine vorübergehende depressive Entwicklung habe den Beginn der Einsatzfähigkeit dann bis Ende Juni 2015 verzögert. Die Tatsache, dass am 10. August 2015 eine zusätzliche stationäre Aufnahme zur Schmerzkomplexbehandlung bei zunehmendem Circulus vitiosus und psychischer Dekompensation vom Versicherten abgelehnt worden sei, spreche nicht für einen ausgeprägten Leidensdruck bezüglich der Schmerzen. Das rein sensible Ausfallsyndrom S1/L5 sei alt und bestehe unabhängig von der OP Ende 2014 rechtsseitig seit Jahren ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der behandelnde Psychiater Dr. F.____ nenne keine somatoforme Komponente. Der Schmerz habe sich assoziiert mit der Depression ab Juli 2015 erheblich gebessert, so dass ab diesem Zeitpunkt psychiatrisch keine Einschränkung mehr begründet sei. Der Gesundheitszustand des Versicherten sei stabil. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich.

5.11 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nahm Dr. J.____ mit Bericht vom 1. September 2016 Stellung zu den Vorbringen des Beschwerdeführers. Der Versicherte stütze sich auf den Bericht von Prof. Dr. E.____ vom 14. September 2015, wonach er seit einigen Monaten erneut an persistierenden lumbosakralen Rückenschmerzen ohne radikuläre Ausstrahlung in die unteren Extremitäten leide. Die auf Höhe des Os sacrum gut lokalisierbaren Schmerzen hätten einen mechanischen Charakter und nähmen typischerweise bei den Bewegungen und Belastungen des Rückens zu. Der Beschwerdeführer erwähne jedoch hierbei nicht, dass er zum letzten Mal am 10. September 2015 zu einer Konsultation bei seinem Psychotherapeuten Dr. F.____ erschienen sei und berichtet habe, dass es inzwischen durch gezielte schmerztherapeutische Interventionen gelungen sei, die Parästhesien und Schmerzen deutlich zu reduzieren. Er habe nun erstmals seit Monaten Hoffnung auf eine durchgreifende Besserung. Dieser Widerspruch werde vom Beschwerdeführer nicht aufgelöst. Aus der medizinischen Aktenlage gehe ausserdem keineswegs hervor, dass sich die Beschwerdesituation seit Juli 2015 verschlechtert habe. Es sei mehrfach dokumentiert, dass keine invalidisierenden Rückenschmerzen bestanden hätten, sondern Restbeschwerden, die zudem nur intermittierend aufgetreten seien und durchaus schmerzmedizinischer Therapie zugänglich gewesen seien. Wenn dem Versicherten aufgrund der belastungsabhängigen Rückenbeschwerden und der leichten alten radikulären Schädigung L5 die Wiederaufnahme seiner angestammten Tätigkeit auch nicht zumutbar gewesen sei, so habe doch nichts dagegen gesprochen, ihn nach Besserung der depressiven Episoden ab Juni 2015 für rein sitzende Verweisarbeiten als arbeitsfähig anzusehen, zumal ihm mit RAD-Stellungnahme vom 22. Februar 2016 rückwirkend ab diesem Zeitpunkt auch vermehrte Pausen zugestanden worden seien. Dadurch könne der Versicherte etwa alle 30 Minuten aufstehen, etwas umhergehen oder sich ein paar Minuten hinlegen. Vermehrte Pausen würden in der Regel ein Rendement von 80 % begründen. Der RAD habe die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach Aktenlage vorgenommen, weil die Aktenlage dafür ausreichend sei. Es lägen die bildgebenden Befundbeschreibungen vor, die klinischen Untersuchungen der behandelnden Orthopäden, schmerzmedizinische Therapieverläufe, sowie psychiatrische Be-

richte. Nachdem sich der Versicherte 2016 erneut einer Operation unterzogen habe, liege heute möglicherweise ein neuer Zustand vor. Das bedeute, die Arbeitsfähigkeit könnte rückwirkend heute ebenfalls nur nach Aktenlage beurteilt werden. Eine allfällige Veränderung des Gesundheitszustandes durch die kürzliche Operation sei ohnehin erst nach dem Erlass der Verfügung eingetreten.

6.1 In pflichtgemässer Würdigung der medizinischen Aktenlage ist – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – festzuhalten, dass sich die IV-Stelle für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu Recht auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes stützte. Die vorinstanzliche Beweiswürdigung ist insofern nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung kommt zwar dem Bericht eines versicherungsinternen Arztes nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Ein solcher Bericht ist aber, wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiavor), soweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. J._____ zu zweifeln. Seine ärztliche Beurteilung ist, wie es vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiavor), für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und seine Schlussfolgerungen sind begründet. Insbesondere weisen auch die Beurteilungen der behandelnden Ärzte keine unauflösbaren Widersprüche auf und stehen im Einklang mit den bildgebenden Nachweisen. So sind sich die Ärzte auch einig, dass die nachweisbaren Schädigungen die geklagten Schmerzen nicht zu erklären vermögen. Anzeichen für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung bestehen gemäss den vorliegenden medizinischen Berichten nicht. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, seiner Operation am 29. Juni 2016 sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorangegangen, die noch vor Erlass der Verfügung eingetreten sei, weshalb diesbezüglich weitere Abklärungen indiziert seien, ist ihm nicht zu folgen. Eine Operation alleine indiziert entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers nicht bereits eine vorangegangene Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Im Übrigen wurden vom Beschwerdeführer diesbezüglich auch keinerlei medizinische Unterlagen eingereicht, welche Anhaltspunkte für die behauptete Verschlechterung bieten würden. Es ist demzufolge nicht davon auszugehen, dass eine Verschlechterung eingetreten ist, weshalb insofern auch kein Abklärungsdefizit besteht. Die auf die Berichte der behandelnden Ärzte gestützte Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. J._____ erscheint insgesamt nachvollziehbar und schlüssig, weshalb darauf abgestellt werden kann.

6.2 Daran vermögen auch die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Dieser macht im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt nicht korrekt abgeklärt, da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 139 V 349 E. 3.2) gelte, dass die umfassende administrative Erstbegutachtung regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sei. Eine direkte Auftragserteilung solle die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise sei auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden

zwar bloss auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheine, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert sei. In begründeten Fällen könne von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen werden und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig oder ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlage; weder dürften interdisziplinäre Bezüge notwendig sein, noch dürfe ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Im vorliegenden Fall habe die Beschwerdegegnerin für die administrative Erstabklärung nicht nur auf eine polydisziplinäre Begutachtung, sondern auf jegliche Begutachtung des Beschwerdeführers verzichtet. Sie habe einzig auf die Ausführungen des RAD abgestellt, welche insbesondere in Bezug auf allfällige zumutbare Verweistätigkeiten sowie die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers kein Korrelat in den medizinischen Akten aufweisen würden. Dies widerspreche der gemäss Bundesgericht zu beachtenden Praxis.

6.3 Dem Beschwerdeführer ist diesbezüglich entgegenzuhalten, dass aus der Wendung "regelmässig" folgt, dass nicht in jedem Fall ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen ist. Der vom Beschwerdeführer zitierte Entscheid schliesst namentlich nicht aus, dass auch allein aufgrund von Berichten behandelnder Ärzte ein Leistungsgesuch beurteilt wird, solange die Berichte den bundesgerichtlichen Anforderungen genügen. Wie vorstehend dargelegt wurde (vgl. E. 6.1 hiervor), sind die medizinischen Berichte – insbesondere die Beurteilung von Dr. J._____ – nicht zu beanstanden, weshalb darauf abgestellt werden kann.

6.4 Nach dem Ausgeführten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Koch zu 100 % arbeitsunfähig ist. Dagegen ist er seit dem 1. Juli 2015 in einer angepassten Verweistätigkeit (leicht sitzende Tätigkeit, keine Rumpfzwangshaltungen oder Verdrehung der Lendenwirbelsäule, kein dauerndes oder repetitives Bücken, keine ständige Nässe, Kälte oder Zugluft und keine Stösse oder Vibrationen auf die Wirbelsäule) zu 100 % arbeitsfähig mit vermehrten Pausen. Durch die vermehrten Pausen könne der Versicherte etwa alle 30 Minuten aufstehen, etwas umhergehen oder sich ein paar Minuten hinlegen. Diesbezüglich ist jedoch zu berücksichtigen, dass vermehrte Pausen gemäss dem Bericht von Dr. J._____ vom 1. September 2016 in der Regel ein Rendement von 80 % begründen. Folglich verbleibt beim Beschwerdeführer auch in einer Verweistätigkeit eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %, welche in der angefochtenen Verfügung fälschlicherweise nicht berücksichtigt worden ist.

7.1 Zu prüfen ist schliesslich, wie sich die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt. Fraglich ist, ob die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer Verweistätigkeit überhaupt zu verwerten ist. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob ein Invalider unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob er die ihm verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Oktober 2007, 9C_610/2007, E. 4; Urteil des EVG vom 16. Juni 2004, I 824/02, E. 2.2.1 zu Art. 28 Abs. 2 aIVG). Gemäss der oben (vgl. E. 3.5 hiervor) zitierten Bestimmung von Art. 16 ATSG ist bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades deshalb von einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage auszugehen. Der Begriff umfasst einerseits ein gewisses

Gleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob eine invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten (BGE 110 V 276 E. 4b; Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1991 S. 318 E. 3b). Das restliche erwerbliche Leistungsvermögen hat sich somit in einem fiktiven Arbeitsmarkt zu bewähren, der definitionsgemäss unter anderem konjunkturell ausgeglichen ist (Urteil des EVG vom 17. Dezember 2002, I 601/01, E. 4.3; RUDOLF RÜEDI, Im Spannungsfeld zwischen Schadenminderungspflicht und Zumutbarkeitsgrundsatz bei der Invaliditätsbemessung nach einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 35). Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit darf allerdings nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen und insbesondere dort nicht von einer Arbeitsgelegenheit gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Oktober 2007, 9C_610/2007, E. 4.1 mit Hinweisen).

7.2 Wie die medizinische Beurteilung (vgl. E. 5.1 ff. hiavor) ergeben hat, ist der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Koch zu 100 % arbeitsunfähig. In einer Verweistätigkeit (leicht sitzende Tätigkeit, keine Rumpfwangshaltungen oder Verdrehung der Lendenwirbelsäule, kein dauerndes oder repetitives Bücken, keine ständige Nässe, Kälte oder Zugluft und keine Stösse oder Vibrationen auf die Wirbelsäule) besteht aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs gemäss Dr. J._____ eine Leistungseinschränkung von 20 %. Eine neue Tätigkeit, wäre demnach in jedem Fall mit einer gewissen Einarbeitungszeit verbunden. Der Beschwerdeführer verfügt jedoch über keine beruflichen Ausbildungen oder Qualifikationen, die ihm ein schnelles Auffinden einer zumutbaren Verweistätigkeit ermöglichen würden. Aufgrund des deutlich eingeschränkten Profils einer zumutbaren Verweistätigkeit und der reduzierten Restarbeitsfähigkeit von 80 % kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein (durchschnittlicher) Arbeitgeber auf diese Einschränkungen des Beschwerdeführers Rücksicht nehmen würde, zumal dem inzwischen 63-jährigen Beschwerdeführer bloss noch eine relativ kurze Aktivitätsdauer von 2 Jahren bis zum Erreichen des AHV-Alters verbleibt. Diesbezüglich ist insbesondere auch die Tatsache zu beachten, dass behindertengerechte Arbeitsplätze von gesundheitlich Beeinträchtigten im jungen und mittleren Alter ebenfalls stark nachgefragt werden. Damit ist es dem Beschwerdeführer weder möglich noch zumutbar, eine geeignete Stelle zu finden, um seine Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt wirtschaftlich zu verwerten.

8. Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf den Bericht des RAD vom 22. Februar 2016 stützte. In der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2016 hätte sie jedoch berücksichtigen müssen, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwerten

kann. Daraus ergibt sich, dass die angefochtene Verfügung vom 15. Juni 2016 aufzuheben und festzustellen ist, dass der Beschwerdeführer ab 1. August 2015 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Die Beschwerde ist demnach gutzuheissen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

9.2 Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer dem Prozessausgang entsprechend eine Parteientschädigung zu bezahlen. Für das vorliegende Beschwerdeverfahren macht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in seiner Honorarnote einen Zeitaufwand von 8 Stunden und 18 Minuten geltend, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Die Auslagen in der Höhe von Fr. 623.-- sind nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer somit eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'913.85 (inkl. Auslagen Fr. 623.-- und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 15. Juni 2016 aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab 1. August 2015 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteient-schädigung in der Höhe von Fr. 2'913.85 (inklusive Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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