



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. April 2024 (720 23 337 / 84)

Invalidenversicherung

Prüfung des Rentenanspruchs einer versicherten Person gestützt auf versicherungsinterne Beurteilungen

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dominique Flach, Advokatin, indemniss, Spalenberg 20, Postfach, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1975 geborene A.____ war vom 1. Oktober 2019 bis 31. August 2021 in einem Pensum von 80 % als Pflegekraft am Spital B.____ angestellt. Seit 2017 leidet er an Rückenbeschwerden mit wiederkehrenden Lumboischialgien. Infolge der verminderten Leistungsfähigkeit kam es am Arbeitsplatz zu Konfliktsituationen. A.____ entwickelte daraufhin psychische Beschwerden und fiel krankheitsbedingt ab 23. Oktober 2020 aus. Am 21. Juni 2021 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklä-

rung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse verneinte die IV-Stelle nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 22. September 2023 einen Anspruch von A._____ auf eine Invalidenrente. Sie stützte sich dabei auf die verwaltungsinterne Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD).

B. Dagegen erhob A._____, vertreten durch Advokatin Dominique Flach, mit Eingabe vom 25. Oktober 2023 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, die angefochtene Verfügung vom 22. September 2023 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Die IV-Stelle hätte auf die Einschätzung des fachfremden RAD-Arztes Dr. med. C._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 28. Juli 2023 nicht abstellen dürfen, da diese den beweisrechtlichen Anforderungen nicht genüge. Namentlich fehle es bezüglich der psychiatrischen Diagnose an einer Indikatorenprüfung, weshalb von einer ungenügenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts und folglich einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes auszugehen sei. In Bezug auf den Einkommensvergleich sei ferner das Valideneinkommen anhand der Lohn Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2020 des Bundesamtes für Statistik zu bestimmen und nicht anhand der Lohnangaben des letzten Arbeitgebers. Massgebend sei das Einkommen gemäss Tabelle T1_tirage_skill_level, Männer, Wirtschaftszweig 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 2 (Fr. 5'543.--). Nach Umrechnung auf 41,7 Wochenstunden und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung sei das Valideneinkommen auf Fr. 71'084.-- festzusetzen.

C. Mit Vernehmlassung vom 8. Dezember 2023 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Es bestehe kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. C._____ zu zweifeln. Er stimme in seiner Beurteilung vom 28. Juli 2023 den Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowohl in psychiatrischer wie auch in somatischer Hinsicht zu. In den gesamten Akten finde sich kein Arztbericht, in welchem für eine optimal angepasste Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werde. Insofern seien die medizinischen Akten im vorliegenden Fall klar und widerspruchsfrei, so dass darauf abgestellt werden könne. In Bezug auf die Ermittlung des Valideneinkommens sei festzuhalten, dass der Versicherte seinen Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen verloren habe, weshalb die Angaben des letzten Arbeitgebers massgebend seien. Aber selbst wenn auf die LSE-Tabellenlöhne abzustellen wäre, käme aufgrund des Ausbildungsprofils des Beschwerdeführers lediglich Kompetenzniveau 1 (Fr. 4'700.--) in Frage.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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 beur-

teilt 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 25. Oktober 2023 ist demnach einzutreten.

2. Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung der Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2022 Anwendung. Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 betrifft, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009). Vorliegend meldete sich der Versicherte am 21. Juni 2021 zum Leistungsbezug an. Der frühestmögliche Rentenbeginn fällt auf den Monat Dezember 2021. Die Bestimmungen werden deshalb im Folgenden jeweils in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung wiedergegeben, zitiert und angewendet.

3. Es ist zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint 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 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). 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).

3.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

3.4 Gemäss 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.

3.5 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

4.1 Um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person beurteilen zu können, ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigengutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärz-

ten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Demgegenüber kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zwar nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, praxisgemäss haben sie aber nicht dieselbe Beweiskraft wie ein gerichtliches oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.3, 135 V 465 E. 4.4 und 4.7).

5.1 Der Beschwerdeführer ist seit 2007 bei Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, in Behandlung. Gemäss dessen Bericht vom 11. Juli 2021 leidet der Versicherte seit 2017 an Rückenbeschwerden mit Phasen akuter Lumboischialgie (Juni 2020, Oktober 2020 und April 2021). Infolge der verminderten Leistungsfähigkeit sei es zu Spannungen am Arbeitsplatz gekommen und im Verlauf zu psychischen Beschwerden. Diesbezüglich werde der Versicherte von Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, betreut. In Bezug auf die Rückenbeschwerden sei er in spezialärztlicher Behandlung bei Dr. med. F.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital G.____. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. D.____ ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Diskusextrusion LWK (Lendenwirbelkörper) 1/2 und muskulärer Dysbalance. In einer nicht rückenadaptierten Tätigkeit sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig, hingegen in einer angepassten Verweistätigkeit voll arbeitsfähig.

5.2 Dr. F.____ diagnostizierte im Sprechstundenbericht vom 21. Juni 2021 einen Status nach akuter Lumbalgie bei ausstrahlender Schmerzsymptomatik in Richtung Leiste beidseits und nach blockadeähnlichen Schmerzen bei Inklinaton sowie Reklination; eine subligamentär nach kranial luxierte Diskusextrusion LWK 1/2 (ohne Wurzelaffektion und spinaler Enge) gemäss MRT der LWS (Lendenwirbelsäule) und der ISG (Iliosakralgelenke) vom 26. Mai 2021; eine mediale Bandscheibenprotrusion LWK 3 bis SWK (Sakralwirbelkörper) 1 mit teilweisem Riss des Anulus fibrosus bei "reizloser Darstellung" der ISG beidseits; ferner eine Plantarfasziitis und einen Fersensporn sowie eine unklare handschuhförmige Hyposensibilität des rechten Unterarms. Im Verlauf seien die Beschwerden deutlich zurückgegangen dank des selbständigen Trainings des Versicherten im Heimprogramm. Klinisch beständen zurzeit keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallproblematik in der oberen oder unteren LWS.

5.3 Dr. E.____ berichtete am 28. Juni 2021, dass der Versicherte seit dem 20. Oktober 2020 wegen einer depressiven Symptomatik (ICD-10 F33.1) in seiner Behandlung stehe. Bis Januar 2021 hätten wöchentliche Sitzungen stattgefunden, danach monatliche. Ab Dezember 2020 sei die depressive Symptomatik zurückgegangen. Bis Ende Januar 2021 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit be-

standen. Ab Februar 2021 sei der Versicherte in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Eine Rückkehr zur alten Stelle sei nicht zumutbar.

5.4 Die Fussbeschwerden liess der Versicherte wie die Rückenproblematik im Spital G.____ abklären. Dr. med. H.____, FMH Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte eine Faszitis plantaris links bei progredienten Knick-Senk-Füssen und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 6. August 2021 bis Ende Februar 2022 in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit (Berichte vom 13. August 2021, 15. Oktober 2021, 30. November 2021 und 20. Januar 2022 sowie Bericht von Dr. F.____ vom 16. Februar 2022).

5.5 Am 16. Februar 2022 berichtete Dr. F.____ von einer rezidivierenden Schmerzexazerbation tieflumbal. Aus ihrem Fachgebiet liege eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 1. Februar 2022 bis 31. März 2022 vor. Grundsätzlich könnte der Versicherte eine leichte körperliche, wechselbelastende Tätigkeit ausüben, sofern Tätigkeiten in gebückten und rotierten Stellungen vermieden würden und eine Gewichtslimite von 5 kg eingehalten würde. Zu denken sei an eine Tätigkeit in einem Ambulatorium der Dermatologie, in einer Hals-Nasen-Ohrenklinik oder an eine Arbeit im sozialen Bereich. Aktuell liege trotz aktiver Physiotherapie und Eigenübungen eine Therapieresistenz vor. Mit Blick auf eine mögliche Zunahme der Diskusextrusion und zum Ausschluss einer Wurzelaaffektion oder entzündlicher Veränderungen im Bereich der ISG seien erneute bildgebende Untersuchungen angezeigt.

5.6 Die beiden MRT der LWS und der ISG vom 28. Februar 2022 ergaben im Vergleich zur Voruntersuchung im Dezember 2021 keine relevanten Befundänderungen. Zu sehen waren die bekannten Bandscheibenextrusionen, einzig auf Höhe LWK 5/SWK 1 sei der Zustand gering progredient, aber es liege weiterhin kein Nachweis einer spinalen Enge oder einer Nervenwurzelaaffektion vor. Die Darstellung der Facettengelenke und der ISG sei reizlos. Es gebe keine auffälligen post-/entzündlichen Veränderungen (Bericht des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin des Spitals G.____ vom 28. Februar 2022). Dr. F.____ bestätigte in ihrem Bericht vom 3. März 2022 den unveränderten Befund.

5.7 Dr. med. I.____, Chefärztin der Wirbelsäulenchirurgie, Spital J.____, diagnostizierte anlässlich der Untersuchung vom 15. März 2022 ein intermittierendes, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei multietageren Diskusprotrusionen/Diskushernien LWK 1/2, LWK 4/SWK 1 nach MRT-Befund vom 28. Februar 2022. Beim Versicherten seien in den letzten Jahren vermehrt rezidivierende Blockaden aufgetreten, die auf die multietageren Diskopathien/Diskusprotrusionen zurückzuführen seien. Aktuell sei unter der konservativen Therapie eine deutliche Beschwerdeverbesserung zu verzeichnen. Regelmässige Schmerzmedikamente würden nicht benötigt. Aufgrund des günstigen Verlaufs sei auch eine Infiltration momentan nicht zielführend. Mittel- und langfristig sei eine Veränderung des Arbeitsplatzprofils unausweichlich. Eine Anpassung der Arbeit und damit eine verbesserte Perspektive würden nachhaltig auch die Rückensituation positiv beeinflussen. Eine sinnvolle operative Therapie könne bei dieser Befundkonstellation nicht angeboten werden (ausbleibende Paresen). Sollten im Verlauf die Schmerzen wieder exazerbieren, wäre eine weiterführende Abklärung notwendig; gegebenen-

falls auch eine Diskographie. Im Vordergrund stehe eine Umschulung auf eine rückschonende Tätigkeit. Das repetitive Heben von mittelschweren und schweren Lasten sei nicht empfehlenswert. Eine Verlaufskontrolle sei vorerst nicht vorgesehen (Bericht vom 16. März 2022).

5.8 Am 19. März 2022 erlitt der Versicherte einen erneuten Bandscheibenvorfall und musste mit der Ambulanz ins Spital G.____. Es wurde eine fokale, zentrale bis etwas rechts parazentrale Bandscheibenextrusion ohne Spinalkanalstenose LWK 1/2 festgestellt und am 23. März 2022 eine CT-gesteuerte epidurale Infiltration LWK 1/2 durchgeführt. Der Versicherte habe auf die Infiltration sehr gut angesprochen, die Schmerzen seien deutlich regredient gewesen. Eine physiotherapeutische Behandlung unter suffizienter Analgesie sei ebenfalls im Hause durchgeführt worden. In gutem Allgemeinzustand sei der Versicherte am 25. März 2022 entlassen worden. Geplant sei eine funktionelle Upright MRT der LWS im Röntgeninstitut K.____ zur Beurteilung des Ausmasses des Bandscheiben-Bulging (Bericht vom 24. März 2022).

5.9 Die MRT wurde am 7. April 2022 durchgeführt. Die Bilder zeigten, dass in Reklination und in Inklinasion eine deutlich abgrenzbare mediane Diskushernie LWK 1/2 bestehe, die nur geringfügig zu einer Einengung des Spinalkanals führe. Vor allem bei Reklination sei eine akzentuierte mediane bis mediolaterale Diskushernie LWK 5/SWK 1 zu sehen, breitbasig bei LWK 4/5 mit leichter Tangierung der Wurzel L5 beidseits sowie S1 rechts. Ferner bestehe eine mediolaterale bis foraminale Diskushernie LWK 2/3 rechts mit leichter Tangierung foraminal rechts bei L2. Eine relevante Wurzelkompression liege hingegen nicht vor (Bericht Röntgeninstitut K.____ vom 7. April 2022).

5.10 Diesen Befund besprach Dr. F.____ am 25. April 2022 mit dem Versicherten. Die Beschwerden hätten sich insgesamt gebessert, jedoch spüre er immer noch intermittierende Rückenschmerzen mit einem Schweregefühl in den Beinen. Subjektiv beständen keine sensomotorischen Defizite. Dr. F.____ bestätigte, dass die Funktions-MRT keinen signifikanten Befund zeige. Es sei eine akzentuierte Diskushernie LWK 5/SWK 1, vor allem bei Reklination, festgestellt worden. Diesbezüglich empfehle sie eine epidurale Infiltration. In Anbetracht des relativ günstigen Verlaufs bestehe aktuell keine Indikation zur operativen Versorgung. Bei der komplexen Rückenproblematik könne auf Wunsch des Versicherten eine multimodale Schmerztherapie in der Schmerzklinik angeboten werden (Bericht vom 26. April 2022).

5.11 Am 8. Mai 2022 äusserte sich Dr. D.____ zum Verlauf und zur Arbeitsfähigkeit. Bei der letzten Konsultation am 26. April 2022 habe der Versicherte berichtet, dass er bei Bewegungen nach vorne (Bügeln, Kochen, Patienten bewegen) starke lumbale Schmerzen habe und blockiert sei. Als Hausarzt habe er eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab 27. Dezember 2021 bis Januar 2022, dann für die Monate April und Mai 2022 attestiert. Dazwischen seien extern über das Spital G.____ die Arbeitsunfähigkeitsatteste ausgestellt worden. Die Ausübung einer Verweistätigkeit, bei der nicht getragen, gehoben und bei der keine Drehbewegungen ausgeführt werden müssten, sei denkbar. Als nächste Therapie folge die multimodale Schmerztherapie.

5.12 Der Versicherte wurde an Dr. med. L.____, FMH Anästhesiologie, Klinik für Schmerztherapie, Spital G.____, überwiesen. Am 22. Juli 2022 fand die erste Konsultation statt. Der Versicherte habe zwei mediane Diskushernien auf Höhe LWK 1/2 und LWK 5/SWK 1. Auf peridurale Infiltrationen spreche er gut an. Aktuell scheine insbesondere die Diskushernie LWK 1/2 Probleme zu bereiten mit Ausstrahlung in beide Leisten. Es werde deshalb eine CT-gesteuerte peridurale Infiltration durch die Radiologie veranlasst. Ferner sei Physiotherapie verordnet worden mit Fokus auf ein Training der intrinsischen Muskulatur und auf eine Haltungskorrektur (Bericht vom 22. Juli 2022).

5.13 Zur weiteren Abklärung der Fussbeschwerden war der Versicherte am 12. August 2022 in der Klinik M.____. Mit Bericht vom 17. August 2022 wurde eine plantare Faszitis rechts diagnostiziert. Die plantare Faszitis sei harmlos und selbstlimitierend, das bedeute, dass die Entzündung von alleine ausheile und zu keinen Folgeschäden führe. Aus diesen Gründen sei eine operative Behandlung nicht angezeigt.

5.14 Vom 13. Oktober 2022 bis 4. November 2022 hielt sich der Beschwerdeführer in der Klinik für Schmerztherapie des Spitals G.____ auf. Mit Austrittsbericht vom 8. November 2022 wurde neben den bereits bekannten Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert. Der Versicherte habe von der Therapie profitieren können und habe subjektiv den grössten Nutzen unter anderem durch Physiotherapie und Yoga erfahren. Die regelmässig durchgeführte Akupunktur und die Neuraltherapie im Bereich der LWS seien ebenfalls hilfreich gewesen. In psychischer Hinsicht sei der Versicherte im Gespräch sehr offen und zugewandt gewesen. Hinweise auf Einbussen in der Auffassungsgabe und des Gedächtnisses hätten keine vorgelegen. Er habe zwar über Konzentrationsprobleme und Grübeln mit Zukunftsängsten, eingeengt auf das Schmerzerleben, berichtet. Das Denken sei aber logisch und kohärent gewesen. Hinweise auf Wahnideen oder Ich-Störungen hätten keine bestanden. Die Stimmung sei leicht niedergedrückt, aber schwingungsfähig gewesen mit leicht reduziertem Antrieb. Schlafstörungen seien verneint worden wie auch ein sozialer Rückzug. Den Schmerz beschreibe er als "stabil" und nicht mehr so belastend. Er konzentriere sich auf das, was helfe und sei nunmehr zuversichtlicher, einen passenden Job zu finden. Neben der Physiotherapie und der Medizinischen Trainingstherapie (MTT) wolle er die Atemübungen weiterführen. Die laufende Psychotherapie werde er fortsetzen. Der Versicherte sei 100 % arbeitsunfähig für die kommenden vier Wochen. Es folge aber ein follow up im Rahmen der ambulanten Sprechstunde im Hinblick auf die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

5.15 Am 12. Dezember 2022 informierte der Versicherte darüber, dass er am 5. Dezember 2022 eine erneute Blockade erlitten habe. Von einer weiteren Blockade berichtete er Mitte Januar 2023. Im Februar 2023 erfolgte eine kardiologische Abklärung wegen Verdachts auf Herzrhythmusstörungen; eine akute kardiale Pathologie konnte aber ausgeschlossen werden (Bericht des Spitals G.____ vom 27. Dezember 2022). Eine weitere Blockade erlitt der Beschwerdeführer am 14. Januar 2023 (E-Mail des Versicherten vom 16. Januar 2023). Schliesslich teilte Dr. D.____ am 12. März 2023 mit, dass der Zustand des Versicherten seit Juli 2021 unverändert sei. Es bestehe weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit.

5.16 RAD-Arzt Dr. C._____ nahm am 28. Juli 2023 zum medizinischen Sachverhalt Stellung. Der Versicherte sei in einer körperlich belastenden Tätigkeit als Pflegekraft erwerbstätig gewesen (80 %). Er sei zunächst wegen eines IV-fremden Arbeitsplatzkonfliktes zu 100 % bezogen auf den damaligen Arbeitsplatz arbeitsunfähig geschrieben worden. Die seit 2017 bestehende Lumbago habe sich sodann Mitte 2020 verschlechtert. In der Folge hätten zahlreiche fachärztliche somatische Abklärungen und Behandlungen stattgefunden. Schon zu Beginn der Krankschreibungen hätten die Fachpersonen festgehalten, dass eine angepasste leichte Tätigkeit in Wechselbelastung zumutbar sei. Aus versicherungsmedizinischer und arbeitsmedizinischer Sicht leuchte die volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegekraft ein. Eine körperlich leichte Verweistätigkeit in Wechselbelastung sei hingegen schon immer ganztags zumutbar gewesen. Es seien zwar degenerative Veränderungen in der HWS (Halswirbelsäule) und der LWS vorhanden. Eine sensomotorische Ausfallproblematik habe jedoch nie bestanden. Auch seien im Verlauf seit 2021 keine psychiatrischen Behandlungen mehr erfolgt, so dass ein relevantes psychisches Leiden zu verneinen sei. Darüber hinaus lägen weitere somatische Diagnosen vor, die aber keine anhaltende Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hätten.

6.1 Unbestritten ist, dass der Versicherte seine angestammte Tätigkeit aufgrund der Rückenproblematik nicht mehr ausüben kann. Strittig ist hingegen die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit.

6.2 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf den verwaltungsinternen RAD-Bericht von Dr. C._____ vom 28. Juli 2023, wonach der Versicherte ab Oktober 2021 in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne repetitive Rotation oder Reklination der Wirbelsäule 100 % arbeitsfähig sei (siehe auch RAD-Bericht vom 14. September 2023).

6.3 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers wendet dagegen ein, dass der RAD-Bericht nicht beweiskräftig sei. Während der stationären multimodalen Schmerztherapie im Spital G._____ sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) gestellt worden. Dabei handle es sich um eine psychiatrische Diagnose. Da der RAD-Arzt eine fachfremde Beurteilung vorgenommen habe, nämlich, dass diese psychiatrische Diagnose keine Erwerbsunfähigkeit begründen würde, würden zumindest geringe Zweifel an seiner Aktenbeurteilung bestehen, weshalb dieser kein Beweiswert zukomme. Indem die IV-Stelle sodann ihren Entscheid ausschliesslich auf die versicherungsinterne Einschätzung des RAD abgestützt habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz missachtet. Dieser sei ferner auch dadurch verletzt worden, dass trotz der psychiatrischen Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren keine Indikatorenprüfung veranlasst worden sei.

6.4 Es trifft zu, dass Dr. C._____ keine psychiatrische Fachausbildung hat. Eine solche besitzt aber auch die Abklärungsperson der Klinik für Schmerztherapie nicht, trägt sie doch den Titel "Psychologische Psychotherapeutin". Streng genommen handelt es sich somit bei der an-

gegebenen chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) nicht um eine fachärztlich gestellte Diagnose (E. 3.3; BGE 140 V 193 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 5. Dezember 2018, 8C_398/2018, E. 5.1). Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann jedoch immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (Art. 6 Abs. 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts vom 10. November 2021, 8C_526/2021, E. 4.2.1 mit Hinweisen). Wie es sich damit genau verhält, muss vorliegend aber nicht abschliessend beurteilt werden. Denn zu beachten ist auch, dass eine psychiatrische Diagnose zwar Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist (ULRICH MEYER UND MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Auflage, Zürich/Genf 2022, Art. 4 N. 34). Im gegebenen Fall sind den psychologischen Ausführungen der Abklärungsperson keine Hinweise zu entnehmen, die für eine massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sprechen und eine weitergehende psychiatrische Abklärung notwendig machen würden. So führte die Fachperson aus, dass die chronischen Rückenschmerzen im Vordergrund ständen, die Schmerzen aber "stabil" und nicht mehr so belastend seien. Schmerzverstärkend wirkten sich zwar Schonverhalten, Grübeln und existenzielle und familiäre Themen aus. Ein sozialer Rückzug wurde hingegen verneint. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit erfolgte eine Anmeldung bei der Stiftung N.____ zur Unterstützung bei der beruflichen Neuorientierung im Hinblick auf die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde lediglich für die den Austritt folgenden vier Wochen attestiert. Ferner erwähnte die Psychotherapeutin zwar im Bericht der Klinik für Schmerztherapie eine aktuell laufende Psychotherapie. Der aktuellste Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. E.____, datiert aber vom 28. Juni 2021, so dass anzunehmen ist, dass der Beschwerdeführer nicht mehr in psychotherapeutischer Behandlung steht. Eine Schmerzstörung diagnostizierte Dr. E.____ in seinem letzten Bericht nicht und bezüglich der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hielt er fest, dass eine Rückkehr zur alten Arbeitsstelle zwar nicht zumutbar sei, der Versicherte aber seit Februar 2021 in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (siehe auch Telefonnotiz vom 17. Januar 2022). Gestützt auf diese Vorgaben durfte Dr. C.____ annehmen, dass keine massgebende psychiatrische Einschränkung vorliegt und davon absehen, zusätzliche psychiatrische Abklärungen in Auftrag zu geben. In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützte sich Dr. C.____ sodann auf die Ergebnisse der behandelnden Fachpersonen. Diese stimmen weitestgehend darin überein, dass zwar von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegekraft, aber von der Zumutbarkeit einer rückschonenden, leichten Verweistätigkeit zu 100 % auszugehen sei (Berichte von Dr. F.____ vom 16. Februar 2022, von Dr. D.____ vom 11. Juli 2021 und 20. Februar 2022 sowie von Dr. I.____ vom 15. März 2022). Zu einer anderslautenden Beurteilung gelangte einzig Dr. H.____, der dem Versicherten auch in einer angepassten Verweistätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte (Berichte vom 13. August 2021, 15. Oktober 2021, 30. November 2021 und 20. Januar 2022). Da er diese Einschätzung aber nicht begründete, ist sie nicht geeignet, Zweifel an der Beurteilung von Dr. C.____ zu erwecken. Die IV-Stelle durfte daher auf letztere abstellen.

7. Der Beschwerdeführer rügt schliesslich den Einkommensvergleich. Namentlich sei für die Berechnung des Valideneinkommens die Tabelle T1_tirage_skill_level, Männer, Wirt-

schaftszweig 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 2 (Fr. 5'543.--) der LSE 2020 heranzuziehen. Nach Umrechnung auf 41,7 Wochenstunden und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung sei das Einkommen auf Fr. 71'084.-- festzusetzen. Nachdem unbestrittenermassen für das Invalideneinkommen von einem Betrag von Fr. 65'815.-- auszugehen ist, würde auch bei einem Valideneinkommen von Fr. 71'084.-- und Gewährung eines maximalen leidensbedingten Abzugs von 25 % ein Invaliditätsgrad unter 40 % resultieren, so dass die Frage der Höhe des Valideneinkommens letztlich offenbleiben kann. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen.

8. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. 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 ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Dem Prozessausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zu gesprochen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

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

Vermerk eines allfälligen Weiterzugs

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