



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. Mai 2022 (720 21 316 / 113)

Invalidenversicherung

Würdigung der ärztlichen Berichte

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Jan Herrmann, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

_____ Betreff IV-Rente

A. Der 1975 geborene A._____ arbeitete als Kunststoff-Monteur als er am 8. Februar 2016 mit dem rechten Knie am Griff einer Schweissmaschine hängen blieb und sich verletzte. Am 10. August 2016 meldete sich A._____ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen an. Im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen absolvierte er ein Arbeitstraining. Im Januar 2018 kam es nach Heben eines schweren Autoreifens zu einer Beschwerdeexazerbation und einer vorübergehenden Verschlimmerung des Gesundheitszustandes. Wei-

tere gesundheitliche Beschwerden kamen hinzu. So erlitt A.____ im September 2019 einen Herzinfarkt, woraufhin am 11. September 2019 eine Bypass-Operation folgte. Ferner wurde am 27. Mai 2020 eine Zwerchfellparese rechts festgestellt mit pharyngealem Reflux. Schliesslich traten auch psychische Problem auf in Form einer Anpassungsstörung und einer chronischen Schmerzstörung. Nach Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die IV-Stelle A.____ mit Verfügung vom 9. September 2021 eine vom 1. September 2019 bis 31. August 2020 befristete ganze Invalidenrente zu. Für die Zeit danach verneinte sie in Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensangepassten Tätigkeit und einem ermittelten IV-Grad von 3 % einen Leistungsanspruch.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Jan Herrmann, mit Eingabe vom 1. Oktober 2021 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Er beantragte, es sei die Verfügung vom 9. September 2021 aufzuheben und die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese sei zu verpflichten, ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen und anschliessend neu über den Leistungsanspruch zu entscheiden. Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, dass die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt habe. Insbesondere habe sie keine eigenen Abklärungen vorgenommen, sondern lediglich dem RAD die medizinischen Unterlagen für eine interne Aktenbeurteilung unterbreitet. Gutachterlich beurteilt worden sei nur die Knieverletzung rechts, wobei die Begutachtung von der Suva veranlasst worden sei. Dagegen fehlten verwaltungsexterne Abklärungen bezüglich der pulmonalen, kardialen und neurologischen Beeinträchtigungen. Zentral seien jedoch die psychischen Beschwerden. Relevant sei hier der Bericht der B.____ vom 27. Dezember 2018, in welchem Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden seien. Erwähnenswert sei auch der Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 13. Februar 2019, worin empfohlen werde, eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung komplexer psychosomatischer Zusammenhänge vorzunehmen. Die Gesamtbeurteilung des medizinischen Dossiers ergebe, dass er unter einem komplexen Beschwerdebild leide, so dass nur schon deshalb in Erfüllung der Untersuchungspflicht gemäss Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 eine polydisziplinäre Erstbegutachtung angezeigt gewesen wäre. Dies insbesondere auch deshalb, weil RAD-Arzt Dr. med. D.____ als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates nicht kompetent sei, den psychischen Gesundheitszustand zu beurteilen. Immerhin sei festzustellen, dass auch leichte depressive Störungen trotz Einfluss psychosozialer Belastungsfaktoren eine Arbeitsunfähigkeit bzw. eine Invalidität begründen könnten. Die IV-Stelle habe vorliegend von vornherein und losgelöst von einer Indikatorenprüfung ein Leiden mit Krankheitswert verneint und eine offensichtlich lückenhafte Aktenlage für einen ablehnenden Leistungsentscheid herangezogen.

C. Mit Vernehmlassung vom 10. Dezember 2021 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Der Versicherte sei umfassend medizinisch abgeklärt worden. Die unfallkausale Knieproblematik sei durch verschiedene Fachärzte auch stationär und gutachterlich abgeklärt worden. Auch zu den geltend gemachten Rückenbeschwerden sei im Gutachten von Prof. Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsappa-

rates, Stellung genommen worden. Ferner sei die kardiale Problematik ebenfalls unter stationären Bedingungen abgeklärt worden. Ende Mai 2020 sei eine komplexe pneumologische Untersuchung durchgeführt worden. Im Ergebnis sei eine Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten attestiert worden. Die residuellen Thoraxschmerzen nach Sternotomie seien nicht als zusätzlich einschränkend beurteilt worden. Aus psychiatrischer Sicht sei anlässlich der Untersuchung in der B.____ im Dezember 2018 eine rein psychosozial ausgelöste Anpassungsstörung diagnostiziert und letztlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Dass die IV-Stelle auf die Durchführung einer externen medizinischen Begutachtung verzichtet habe und gestützt auf die vorliegenden medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte sowie die abschliessende Beurteilung des RAD-Arztes Dr. D.____ von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit ab September 2020 ausgegangen sei, sei im Ergebnis nicht zu beanstanden.

D. Mit Eingabe vom 29. Dezember 2021 verwies Rechtsanwalt Herrmann auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach auch psychosoziale Belastungsfaktoren invalidenversicherungsrechtlich relevant seien, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten würden. Ob vorliegend ein verselbständigter Gesundheitszustand vorliege, könne Dr. D.____ nicht beurteilen. Die psychischen Probleme des Versicherten ständen in einem engen Zusammenhang mit den somatischen Beschwerden und eben diese Interferenz sei noch nie beleuchtet worden. Der Versicherte sei seit Abklingen der Pandemiesituation wieder in psychiatrischer Behandlung. Ein entsprechender Bericht werde nachgereicht.

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, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 4. Oktober 2021 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist, ob die IV-Stelle zurecht das Leistungsbegehren gestützt auf die vorhandenen ärztlichen Berichte sowie die Einschätzung des RAD ohne Vornahme weiterer verwaltungsexterner, gutachterlicher Abklärungen abgelehnt hat.

3. 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 vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 und

129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

4.1 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).

4.2 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).

4.3 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 (vgl. 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 (vgl. 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 (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

4.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

5.1 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 und 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.2 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 Spezialärzten, 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, praxismässig 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).

6.1 Prof. E._____ diagnostizierte in seinem orthopädischen Gutachten vom 18. August 2020 in Bezug auf das unfallgeschädigte rechte Knie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatisch bestehende Neuralgie / Hypästhesie des Ramus infrapatellaris Nervus saphenus, eine posttraumatisch bestehende Vernarbung des Hoffa'schen Fettkörpers sowie ein schmerzhaftes Schnappen postero-medial im Bereich der Semimembranosus-Sehne, allenfalls des Simitendinosus. Ferner liege eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Komponenten und unfallfremd eine Phrenicusläsion nach offener Bypass-Operation 2019 vor. Dem Versicherten seien sitzende, teilweise gehende (Verweis-)Tätigkeiten ohne Heben von Gewichten von mehr als 10 kg zu 100 % zumutbar.

6.2 Die Bypass-Operation am 11. September 2019 war notwendig geworden, nachdem der Beschwerdeführer am 5. September 2019 einen Herzinfarkt erlitten hatte. Im F.____ wurde ein akuter NSTEMI bei schwerer koronarer 3-Gefässerkrankung diagnostiziert. Die dort durchgeführte Koronarangiographie zeigte einen chronischen Verschluss der rechten Koronararterie, einen chronischen Verschluss des Ramus interventricularis anterior sowie eine Culprit lesion im Sinne einer signifikanten Stenose im Bereich des ersten Marginalastes. Bei der Stenteinlage im proximalen RIVA kam es zum Verschluss des ersten Septalastes und daraufhin zu Kammerflimmern und mechanischer Reanimation. Nach Stabilisation wurde der Versicherte am nächsten Tag zur weiteren Behandlung und Bypass-Operation ins G.____ verlegt. Es wurde von einem komplikationslosen Verlauf berichtet, sodass der Versicherte in gutem Allgemeinzustand am 18. September 2019 entlassen werden konnte (vgl. Bericht des F.____ vom 26. September 2019, Bericht des G.____ vom 26. September 2019 sowie Operationsbericht vom 17. September 2019).

6.3 Nur einen Monat später wurde der Beschwerdeführer erneut hospitalisiert und vom 17. Oktober 2019 bis 18. Oktober 2019 stationär im F.____ behandelt. Es wurde eine Pleuropneumonie rechts basal diagnostiziert. Aufgrund der Thorax-Computertomographie konnte eine Lungenembolie ausgeschlossen werden, allerdings zeigte sich ein pneumonisches Infiltrat im rechten Unterlappen, das mit Antibiotika behandelt wurde. Da die thorakalen Schmerzen regredient waren, konnte der Versicherte am Folgetag der Einweisung in verbessertem Allgemeinzustand entlassen werden (vgl. Bericht des F.____ vom 18. Oktober 2019).

6.4 Dr. med. H.____, FMH Kardiologie und Innere Medizin, beurteilte die kardiale Situation am 24. Januar 2020. Bei anhaltender Belastungsdyspnoe sei eine Spiroergometrie und eine anschliessende ambulante Rehabilitation vorgesehen, da die stationäre Rehabilitation bereits nach zwei Wochen infolge der Pleuropneumonie habe abgebrochen werden müssen.

6.5 Die Belastungsdyspnoe wurde in der Folge am 26. Mai 2020 und 27. Mai 2020 stationär im G.____, Abteilung Pneumologie, mit einer Lungenspiegelung und einer Zwerchfelldurchleuchtung näher abgeklärt. Diagnostiziert wurden eine Zwerchfellparese rechts und ein pharyngealer Reflux. Erwähnt wurden ferner eine schwere koronare 3-Gefässerkrankung, postoperative, intermittierende thorakale Schmerzen bei Status nach Sternotomie, chronische Knie-schmerzen nach Knie-OP sowie ein Verdacht auf Statin-Myopathie unter Rosuvastratin. Seit dem Eingriff am Herzen persistiere eine Anstrengungsdyspnoe. Davor sei der Versicherte gut belastbar gewesen und habe regelmässig Sport (Mountainbike) betrieben. Aktuell habe er auch in Ruhe Atemnot. Ferner habe er seit der Bypass-Operation mit Sternotomie chronische Schmerzen wegen der Drahtcerclage. Zusammenfassend seien die Atembeschwerden vor allem durch die Zwerchfellparese rechts zu erklären. Wahrscheinlich sei bei der Bypass-Operation der Nervus phrenicus verletzt worden, was die Zwerchfellparese zur Folge gehabt habe. Diesbezüglich werde eine ambulante Atemtherapie empfohlen. Im Falle von persistierenden Schmerzen im Bereich der Sternumcerclage könnte die Entfernung der Cerclage in ca. 9 Monaten nach Operation mit vorgängigem CT-Scan zur Beurteilung des Durchbaus des Knochenmaterials diskutiert werden.

7. Die Arbeitsfähigkeit wurde seitens der behandelnden Fachärzte nicht explizit thematisiert. Infolge der somatischen Gesundheitsbeschwerden richtete die IV-Stelle ausgehend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit nach Herzinfarkt bis zur definitiven Klärung der postinterventionellen Beschwerden, mithin bis zum Austritt am 27. Mai 2020 aus dem G.____, eine befristete volle Invalidenrente von September 2019 bis August 2020 (Art. 88a IVV) aus. Dies ist nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer grundsätzlich auch nicht in Frage gestellt. Strittig ist vielmehr der Einfluss der psychischen Situation auf die Arbeitsfähigkeit und allfällige Wechselwirkungen zwischen den psychischen und den somatischen Beschwerden.

8. Der Beschwerdeführer beruft sich diesbezüglich auf den Bericht der B.____ vom 27. Dezember 2018. Daraus geht hervor, dass der Versicherte seit 12. Juli 2018 in Behandlung sei. Er habe aufgrund einer psychosozialen Belastungssituation Unterstützung gesucht. Er leide aktuell unter grossen Belastungen, mit welchen er nicht mehr alleine zurechtkomme. Am 6. Juli 2018 habe er einen guten Freund und Nachbar tot aufgefunden. Davon habe er sich nicht erholt. Ferner sei seine Lebenspartnerin vor etwa einem Jahr sexuell missbraucht worden. Er mache sich hierfür verantwortlich. Die dritte Belastung betreffe sein Knie. Er habe chronische Schmerzen und könne nicht mehr arbeiten wie vor dem Unfall, was ihn sehr mitnehme. Die behandelnde Psychiaterin sowie die betreuende Psychologin stellten die Diagnose einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23). Im Vordergrund stehe zum einen die schwierige soziale und finanzielle Situation. Zudem sei die Arbeitsunfähigkeit sowie die Arbeitslosigkeit ein wichtiges Thema. Des Weiteren beständen Schwierigkeiten im Umgang mit den Erlebnissen der Partnerin und dem Tod des Familienfreundes. Zudem gebe es Hinweise auf die vom Versicherten berichtete Diagnose einer ADHS. Eine diesbezügliche Abklärung sei in die Wege geleitet worden und werde voraussichtlich im Jahr 2019 stattfinden. Der anhaltende Hauptfokus der Aufmerksamkeit auf die Knieschmerzen, die Einengung auf die Schmerzthematik sowie die Schmerzverarbeitung könnten auch auf eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) hindeuten. Zu klären bleibe, in welchem Ausmass die Knieschmerzen durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung erklärt werden könnten; differenzialdiagnostisch wäre an eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) zu denken. Zudem sei eine eventuell anhaltende ADHS Symptomatik zu berücksichtigen, welche einen negativen Einfluss auf die Bewältigungsstrategien haben könnte.

Insgesamt sei von einem komplexen Krankheitsbild mit dem Risiko einer Chronifizierung auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht liege eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor sowohl für die bisherige als auch für eine angepasste Tätigkeit. In Bezug auf die Eingliederung sei aufgrund des bereits langen Krankheitsverlaufs von einer gewissen Dekonditionierung auszugehen. Die Durchhaltefähigkeit und die Belastbarkeit seien deutlich eingeschränkt, das Arbeitstempo vermutlich reduziert. Möglicherweise beständen auch Schwierigkeiten bei komplexen Abläufen. Bezüglich einer mittel- bis langfristigen Einschätzung der Leistungsfähigkeit sei allerdings zu berücksichtigen, dass sich erst nach Remission der Anpassungsstörung zuverlässig beurteilen lasse, ob eine gewisse Akzentuierung von Persönlichkeitszügen vorliege, die einen Einfluss auf die berufliche Tätigkeit habe. Insgesamt wirke der Versicherte motiviert und scheine trotz der

multiplen Belastungsfaktoren über Ressourcen wie Intelligenz und Empfänglichkeit sowie Interesse für das Verstehen von Zusammenhängen zu haben.

9. Schliesslich befindet sich noch ein Austrittsbericht der Klinik C._____ vom 13. Februar 2019 in den Akten. Der Versicherte hielt sich dort vom 7. Januar 2019 bis 25. Januar 2019 auf. Als Diagnosen wurden im Wesentlichen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60.8) sowie die bekannten Schäden am rechten Knie aufgeführt. Als Ursache für die Knieschmerzen fänden sich beginnende degenerative Veränderungen, muskuläre Verspannungen, biomechanische Funktionsstörungen und myofasziale Triggerpunkte. Verstärkt werde das Schmerzerleben durch psychosoziale Belastungsfaktoren im familiären und beruflichen Umfeld. Im Rahmen des dreiwöchigen multimodalen Settings hätten nur ansatzweise psychotherapeutische Lösungsstrategien erarbeitet werden können. Die Umsetzung werde deutlich durch Abwehrmechanismen, die der Stabilisierung und dem Schutz des Selbstwertes dienen würden, unterminiert. Eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung komplexer psychosomatischer Zusammenhänge werde deshalb empfohlen. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist dem Bericht nicht zu entnehmen.

10. RAD-Arzt Dr. D._____ kam gestützt auf die vorliegenden ärztlichen Berichte zum Schluss, dass dem Versicherten aus gesamtmedizinischer Sicht angepasste Tätigkeiten, das heisst sitzende, teilweise gehende (Verweis-) Tätigkeiten ohne Heben von Gewichten von mehr als 10 kg, zu 100 % zumutbar seien. Das infolge des Knieschadens definierte Tätigkeitsprofil sei bereits auf eine leichte Tätigkeit zugeschnitten, so dass aus kardio-pulmonalen Gründen keine weiteren Einschränkungen definiert werden müssten. Was die psychiatrische Situation angehe, so sei im Dezember 2018 eine rein psychosozial ausgelöste Anpassungsstörung diagnostiziert und letztlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Es werde auch keine fortlaufende psychiatrische Therapie dokumentiert. Ein unbedingter Begutachtungsbedarf sei damit nicht ausgewiesen, namentlich könne keine Indikation für eine polydisziplinäre Begutachtung gestellt werden (RAD-Berichte vom 30. Oktober 2020 und 18. Januar 2021).

11. Die IV-Stelle stützte ihre Verfügung vom 9. September 2021 auf die vorhandenen ärztlichen Berichte und die entsprechende Würdigung und Einordnung durch den RAD und erachtete eine polydisziplinäre Begutachtung als entbehrlich. Dies ist nicht zu beanstanden. Die IV-Stelle berücksichtigte die Einschränkungen durch die somatischen Gesundheitsschäden im Anforderungsprofil korrekt. Im Übrigen gibt es keine ärztliche Einschätzung, welche eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Namentlich in psychiatrischer Hinsicht haben die behandelnden Fachpersonen explizit eine volle Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit bestätigt.

12.1 Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, dass sämtliche Diagnosen im Bericht vom 27. Dezember 2018 als mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet worden seien. Es trifft zu, dass die Diagnosen unter der Rubrik "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" gelistet sind. Dabei muss es sich um ein Versehen handeln, wurde doch zweimal im Bericht ausdrücklich festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit 100 % betrage. Der Beschwerdeführer

macht weiter geltend, dass Dr. D.____ nicht Facharzt der Psychiatrie sei und daher die psychiatrische Beurteilung gar nicht einordnen könne. Dem Beschwerdeführer ist beizupflichten, dass die RAD-Ärztinnen und –Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen müssen, um eine ärztliche Einschätzung abgeben zu können, die beweisrechtlich Bestand haben soll (Urteile des Bundesgerichts vom 31. August 2021, 8C_33/2021, E. 2.2.2 und vom 14. Juli 2009, 9C_323/2009, E. 4.3.1, SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174). Solange wie vorliegend aber selbst die behandelnde Psychiaterin explizit eine volle Arbeitsfähigkeit attestierte und die Beurteilung schlüssig und nachvollziehbar ist, bedarf es für die regionalärztliche Einordnung grundsätzlich keines psychiatrischen Facharztes. Insbesondere nahm Dr. D.____ keine abweichende Position ein, sondern übernahm das Ergebnis des fachärztlichen Abklärungsberichts. In Bezug auf die weiteren psychiatrischen Diagnosen ist festzuhalten, dass in Bezug auf die Diagnose einer ADHS eine weitere Abklärung in Aussicht gestellt wurde. Den Akten ist jedoch kein entsprechender Abklärungsbericht zu entnehmen, so dass davon auszugehen ist, dass darauf verzichtet worden ist. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers war die IV-Stelle auch nicht aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes verpflichtet, entsprechende Abklärungen vorzunehmen, nachdem die ADHS-Diagnose lediglich anamnestisch gestellt wurde.

12.2 Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, dass die Schmerzstörung nicht weiter abgeklärt worden sei. Eine eingehende Abklärung der Schmerzsituation wurde in der Klinik C.____ vorgenommen. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert, eine Evaluierung der funktionellen Leistungsfähigkeit lediglich empfohlen. Ob im Ergebnis eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in relevantem Umfang resultieren würde, ist fraglich, attestierte doch Prof. E.____ eine volle Arbeitsfähigkeit bei unfallbedingten Restbeschwerden und chronischer Schmerzstörung. Dem Beschwerdeführer ist jedoch insofern recht zu geben, dass gemäss BGE 143 V 418 grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Andererseits bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird, was vorliegend der Fall ist (BGE 143 V 418 E. 7.1). Sodann besteht nicht nur aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten, sondern wie schon erwähnt auch aus somatischer Sicht, womit eine auf die Arbeitsfähigkeit bezogene massgebende Interferenz der somatischen Beeinträchtigung mit der psychischen Situation bereits aus diesem Grund unwahrscheinlich erscheint. Schliesslich bleibt festzuhalten, dass es seit Februar 2019 keine Hinweise auf eine weitere psychiatrische Behandlung des Versicherten gibt. Der Rechtsvertreter brachte zwar in seiner letzten Eingabe vor, dass der Beschwerdeführer erneut in psychiatrischer Behandlung sei und ein entsprechender Bericht folgen werde. Ein solcher Bericht ist aber bis heute nicht eingereicht worden. Anhaltspunkte dafür, dass es sich vorliegend um einen verselbständigten Gesundheitszustand handelt könnte, fehlen somit, weshalb diesbezügliche weitere Abklärungen auch nicht von der IV-Stelle veranlasst werden müssen.

13. Alles in allem geben die vorliegenden ärztlichen Berichte ein umfassendes Bild von der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers. Zweifel an der Würdigung dieser Berichte

durch den RAD bestehen nicht, so dass die IV-Stelle zurecht darauf abgestellt und auf eine polydisziplinäre Begutachtung verzichtet hat. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen.

14. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Dem Prozessausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **erkannt**:

- ://:
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.