



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

**vom 16. August 2018 (720 18 9 / 224)**

---

**Invalidenversicherung**

**Invalidenrente; Würdigung des eingeholten Gutachtens und dessen Korrektur durch den RAD**

**Besetzung** Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

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

**Betreff** IV-Rente

A. Der 1974 geborene A.\_\_\_\_ arbeitete seit dem 17. November 2003 bei der Genossenschaft B.\_\_\_\_ als Fachleiter. Am 11. August 2014 meldete er sich unter Hinweis auf eine Krankheit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab. Nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens lehnte die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente gestützt auf einen nach der all-

gemeinen Methode ermittelten Invaliditätsgrad von 7% mit Verfügung vom 13. November 2017 ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 9. Januar 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei zur Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass das eingeholte Gutachten der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) veraltet sei und überdies die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung nicht berücksichtige. Nach der Begutachtung habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiter verschlechtert. Auf die beigezogene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin könne ebenfalls nicht abgestellt werden. Der medizinische Sachverhalt erweise sich folglich als ungenügend abgeklärt, weshalb ein Gerichtsgutachten einzuholen sei.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 13. Februar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 9. Januar 2018 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. November 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

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 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im Bereich der Invalidenversicherung 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).

3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

4.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

4.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

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

5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

5.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle relevanten Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHl-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

5.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHl-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befun-

de zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C\_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5.5 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2).

6. Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Akten vor, welche vom Gericht allesamt gewürdigt wurden. Als für den Entscheid massgebend haben sich insbesondere die folgenden Unterlagen erwiesen:

6.1 Gemäss versicherungsmedizinischer Beurteilung von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ zuhanden des Krankentaggeldversicherers vom 3. September 2014 leide der Versicherte seit Beginn des Jahres an zunehmenden Schmerzen im rechten Ellbogengelenk mit Ausstrahlung in den Unterarm und in die Hand. Seit März 2014 werde er intensiv hausärztlich und orthopädisch abgeklärt, die Schmerzentwicklung sei indessen chronifizierend. In psychiatrischer Hinsicht seien die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.01), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak mit Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.24) zu stellen. Empfohlen werde die Einleitung einer antidepressiven medikamentösen Unterstützung. Die Prognose sei zur Zeit unsicher.

6.2 Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Chirurgie und Handchirurgie, diagnostizierte mit ärztlichem Gutachten zuhanden des Krankentaggeldversicherers vom 17. Oktober 2014 unter Hinweis auf die geklagten brennenden Schmerzen, die Beschwerderegion und den klinischen Befund einen Verdacht auf Epicondylitis humeri radialis rechts. Nach einem Arbeitsversuch im September 2014 sei es zu einer deutlichen Schwellung im Bereich des rechten proximalen radialen Unterarms gekommen. Eine periphere muskuläre Schwäche könne einer Problematik des Nervus radialis entsprechen. Einschränkend müsse festgehalten werden, dass die somatische Problematik psychisch überlagert scheine. Ein morphologisches Korrelat könne aufgrund der vorliegenden Befunde nicht abschliessend ausgeschlossen werden, so dass als Arbeitshypothese eine Epicondylitis humeri radialis rechts, welche vom Patient kompliziert verarbeitet werde, vorgeschlagen werde. Inwiefern und mit welchem Anteil eine problematische Schmerzverarbeitung oder eine psychiatrische Erkrankung an den Beschwerden beteiligt sei, könne der Gutachter nicht sagen. Zu diagnostizieren sei indessen auch eine extreme muskuläre Verspannung bei Verdacht auf Überlagerung. Der Patient sei bis zur Klärung der Situation zu 100% arbeitsunfähig. In einer CTS vom 2. Dezember 2014 wurde die Diagnose einer Epicondylitis humeri radialis rechts bestätigt. Eine sichere neurogene Affektion habe sich nicht nachweisen lassen. Grenzwertige Befunde hätten sich einzig im Karpaltunnel gefunden.

6.3 Mit Bericht vom 15. Januar 2015 zuhanden der IV-Stelle stellte Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, der Klinik F.\_\_\_\_ folgende Diagnosen: eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) seit ca. Mitte der 90er Jahre bestehend sowie eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F.32.11) mindestens seit November 2014 bestehend. Der Patient sei durch das Wiedererinnern traumatischer Ereignisse, einer erhöhten Schreckhaftigkeit und Hypervigilanz, Schlafstörungen, Antriebsverminderung, kognitiven Einschränkungen sowie einer Niedergeschlagenheit deutlich in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Er sei aus psychiatrischen Gründen seit mindestens 26. November 2014 zu 100% arbeitsunfähig. Im Anschluss an die aktuelle tagesklinische Behandlung sei die Durchführung beruflicher Massnahmen, namentlich einem Arbeitsversuch mit langsamer Pensumssteigerung wünschenswert.

6.4 Die behandelnden Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ verfassten am 26. Juni 2015 einen aktualisierten Arztbericht. Darin wurde neben der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und der ebenfalls weiter bestehenden mittelgradigen depressiven Episode neu eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) diagnostiziert. Es sei kurz- bis mittelfristig von einer schlechten Prognose auszugehen. Falls der Patient auf die aktuelle tagesklinische Therapie anspreche, sei längerfristig eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Ob er jedoch wieder fähig sein werde, auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein, könne im jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden.

6.5 Am 15. Juli 2015 gab die IV-Stelle bei der asim ein bidisziplinäres rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 23. November 2015 erstattet wurde. Darin stellten die involvierten Fachärzte Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, und Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig

mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), im Ausprägungsgrad in der Nähe zur leichtgradigen Episode, differenzialdiagnostisch bei akzentuierter Persönlichkeit, bestehend seit 1995 sowie eine chronische Epicondylopathia humeri radialis rechts, bei leichter Ellenbogenkontraktur-Tendenz, minimalen radiomorphologischen Veränderungen und ohne klinische oder elektrophysiologische Zeichen für eine periphere Entrapmentsymptomatik. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein leichtes chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom bei inkonstanter muskulärer Einschränkung der Halswirbelsäulen(HWS)-Beweglichkeit und muskulären nuchalen Verspannungen und Dolenzen rechtsbetont sowie radiomorphologisch diskreten mehrsegmentalen Bandscheibenprotrusionen C5 bis Th1 ohne Stenosierungen; ein Verdacht auf beidseitige Thoracic outlet-Symptomatik; ein rezidivierendes leichtes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei klinisch freier Lendenwirbelsäulen(LWS)-Beweglichkeit und konventionell-radiologisch unauffälligem LWS-Bild; leichte Kniebeschwerden medial rechts, wobei eine mediale Meniskuspathologie nicht völlig ausgeschlossen sei bei konventionell-radiologisch unauffälligen Verhältnissen; ein ausgeprägtes Schmerzvermeidungsverhalten mit inkonstanter Ellenbogenschonung rechts, zuckenden Ausweichbewegungen und Gegeninnervation bei der Untersuchung und einem antriebsgeminderten, leidenden Habitus; ein Untergewicht bei BMI 17 kg/m<sup>2</sup> sowie Störungen durch Tabak/Nikotin (ICD-10 F17.24).

Gemäss rheumatologischem Fachgutachten beklage der Explorand aktuell messerstichartige und auch brennende Schmerzen am rechten Arm von der Mitte des Oberarms und bis in den Bereich des Handgelenks und in den Handrücken rechts ausstrahlend, wobei sich der Hauptschmerz im Bereich des radialen Epicondylus und der Pronatoren am rechten Unterarm radial befinde. Ein Arbeitsversuch am bisherigen Arbeitsplatz im September 2014 habe die Schmerzen intensiv verstärkt. Die Symptomatik habe Anfang 2014 plötzlich begonnen und sei dann progredient schlimmer geworden mit Schwellungsgefühlen, eine Verbesserung habe sich durch Physiotherapie nicht erreichen lassen. An der rechten Hand träte mehrmals wöchentlich ein Ameisenlaufen über den Fingern I bis IV auf, mit Sensibilitätsstörungen an den Fingerkuppen. Weiter würden vom Explorand rezidivierende, lumbal und links gluteal lokalisierte Rückenschmerzen beklagt, die einige Male pro Jahr aufträten sowie häufige tiefnuchale Schmerzen im Nackenbereich, ohne Ausstrahlung und ohne morgendliche oder abendliche Akzentuierung. Ausserdem berichte der Explorand von medialen Knieschmerzen rechts im distalen Oberschenkelbereich.

Dr. G.\_\_\_\_\_ führt in seiner Beurteilung aus, dass die aktuelle Untersuchung einen schwächtigen untergewichtigen Habitus und ein diffuses Giving way an der rechten oberen Extremität proximal und distal gezeigt habe. Gleichzeitig finde sich aber ein symmetrisches Reflexbild, ein bezüglich roher Kraft unauffälliger Spitzgriff rechts und ein inkonstantes, peripheres, teils grobschlägiges Zittern beim Vorhalteversuch. Es sei eine deutliche Thoracic outlet-Symptomatik provozierbar, rechts mehr als links, jedoch ohne Gefässgeräusche. Beim Gehen würden der rechte Ellenbogen am Rumpf deutlich geschont, beim An- und Ausziehen würden sich jedoch kaum signifikante Auffälligkeiten zeigen sowie beim Binden der Schuhe ein bloss leichtes Restextensionsdefizit am rechten Ellenbogen. Hände und Schultern seien unauffällig, ebenso die Schultergürteltrophik. Das Vorhalten und Abduzieren des rechten Armes mit gestrecktem Unterarm sei schmerzhaft leichtgradig eingeschränkt. Während der Untersuchung seien inkonstan-

te muskuläre Gegeninnervationen und zuckende Ausweichbewegungen aufgefallen, die im Verlauf bei allen passiven Tests eher zugenommen hätten. Es sei von einer grossen Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geltend gemachten Schmerz- und Leidensintensität und der geringen Eindrücklichkeit der diskreten klinischen und radiomorphologischen Befunde auszugehen. Insgesamt sei das Beschwerdebild am Bewegungsapparat erstlinig einer sehnendegenerativen Veränderung am rechten Ellenbogen im Sinne einer chronischen Epicondylopathie humeri radialis rechts zuzuordnen, wie dies auch die behandelnden Fachärzte festgestellt hätten. Hinweise auf differenzialdiagnostisch anderweitige, derartige Beschwerden verursachende Affektionen fänden sich in der Gesamtschau der Befunde nicht und seien auch von den früher untersuchenden Fachärzten nicht identifiziert worden. Schon früh sei im Verlauf eine nicht muskuloskelettäre Leidenskomponente festgestellt worden. In der Folge des missglückten Arbeitsversuchs sei wohl allenfalls eine nicht-überwindbare psychologische Fehlentwicklung erfolgt. Derzeit finde sich eine wohl fixierte Krankheits- und Invaliditätsüberzeugung. Aktuell sei dennoch eine deutlich verminderte Belastbarkeit des rechten Ellenbogens zuzuerkennen. Die vom Exploranden ebenfalls beklagten nuchalen Schmerzen entsprächen erstlinig muskulären Schmerzen, aufgetreten wohl im Rahmen von Ausweich- und Schonbewegungen des rechten Arms mit muskulärer Überbelastung. Die gelegentlichen lumbalen Beschwerden und Knie- und Oberschenkelbeschwerden stünden gegenüber den rechtsseitigen Armbeschwerden weit im Hintergrund und hätten keine zusätzlich einschränkende Wirkung. Dem Exploranden könne seit mindestens Juni 2014 die angestammte Tätigkeit aus körperlichen Gründen nicht mehr zugemutet werden könne. Hingegen seien sämtliche adaptierten Verweistätigkeiten aus rheumatologischer Sicht uneingeschränkt zumutbar.

Auch in der psychiatrischen Untersuchung beklagte der Explorand als Hauptproblem die Beschwerden im Arm, ausserdem Ein- und Durchschlafstörungen. Auf Nachfrage hin habe er angegeben, nicht immer, aber manchmal an Depressionen zu leiden. Er verspüre auch eine allgemeine Angst, so müsse er beim Schlafen immer das Licht eingeschaltet haben. Tagsüber sei er müde und fühle sich erschöpft. Es habe Konzentrationsprobleme, ab und zu auch Probleme mit dem Gedächtnis. Beim Autofahren könne er sich jedoch gut konzentrieren.

Dr. H.\_\_\_\_ hielt abschliessend fest, dass der Explorand nach einer psychiatrisch unauffälligen Kind- und Schulzeit als 18-jähriger in Kriegsgefangenschaft geraten sei, wo er wiederholt geschlagen, bedroht und erpresst, in verschiedenen Gefängnissen und für einige Tage in einem Konzentrationslager untergebracht gewesen sei. Ein Nachbar sei bei den Verhören ums Leben gekommen. Nach der Freilassung habe er den Angriff auf X.\_\_\_\_ miterlebt. Er sei als Flüchtling in die Schweiz gekommen. Ab 2004 habe er als Betriebsmitarbeiter gearbeitet, wo er vornehmlich für Lager- und Auffüllarbeiten eingesetzt worden sei. Durch die schwere Arbeit habe sich eine progrediente Rücken- und Armschmerzproblematik entwickelt. Psychiatrisch sei der Explorand erstmals im Jahr 2010 für einige Monate behandelt worden. Aktuell lebe er mit seiner Ehefrau und den beiden Söhnen in einer Mietwohnung. Er habe einen nicht geplanten Tagesablauf, der jedoch durch regelmässige Mahlzeiten und einen regelmässigen Schlafrhythmus gekennzeichnet sei. Er lese gelegentlich Bücher, regelmässig Zeitschriften und schaue fern. Ebenfalls unternehme er regelmässige Spaziergänge und gehe entweder alleine oder mit der Ehefrau einkaufen. Soziale Kontakte habe er schon lange reduziert, er habe jedoch noch Kollegen und



Verwandte, mit denen er sich treffe bzw. austausche. Er schaue sich als Hobby noch Fussballspiele an, frühere Hobbies habe er aufgegeben. Die administrativen Verrichtungen erledigten seine Frau und sein Schwager, auch den Haushalt besorge hauptsächlich die Ehefrau, wobei er versuche, zu helfen. Im Psychostatus bestehe eine überwiegend niedergestimmt, Schwankungen unterliegende Grundstimmung mit Freud- und Lustlosigkeit und gewissen Anzeichen eines Lebensüberdrusses. Spontan und kontextbezogen helle sich die Stimmung des Exploranden auf; es bestehe keine akute Suizidalität. Festzustellen sei ein mittelgradiges Gedankenkreisen, in dem auch vermehrt Erinnerungen an Erlebnisse in den Kriegsjahren auftreten könnten, ohne dass diesen Erinnerungen die Qualität von Flashbacks zukommen müsse. Es bestehe eine allgemeine Angst, welche nicht als frei flottierende Angst interpretierbar sei, hingegen möglicherweise als Residuum der Leidensgeschichte während des Krieges. Der Explorand beschreibe deutliche Schlafstörungen mit konsekutiver Tagesmüdigkeit und Erschöpfbarkeit, dies bei Medikation mit zwei Substanzen, bei denen Müdigkeit als häufige Nebenwirkung auftritt. Die in der Exploration durchgeführten Kurztests hätten keinen Hinweis auf starke kognitive Störungen gegeben. Die depressiven Symptome seien zahlreich und überwiegend im leichten bis mittelgradigen Ausprägungsbereich, wie dies auch in den beiden Fremdbeurteilungs-Depressionsskalen bestätigt werde. Wie schon in der Beurteilung von Dr. C. \_\_\_\_ hätten aktuell keine eindeutigen Hinweise auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung gefunden werden können. Die von der Klinik F. \_\_\_\_ aufgeführte Symptomatik sei mit Blick auf die Diagnosekriterien nicht ausreichend, es werde auch keine einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung adäquate Therapie beschrieben. Es bestünden gewisse Anhaltspunkte für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, allerdings sei die Schmerzverarbeitungsstörung besser mit der mittelgradigen depressiven Episode zu erklären. Aus psychiatrischer Sicht bestehe für sämtliche Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30%.

Zusammenfassend hielten die beteiligten Fachgutachter im Konsens fest, dass für sämtliche körperlich leichten Tätigkeiten mit Möglichkeit zum selbstständigen Wechseln der Körperposition, ohne wiederholtes Greifenmüssen, ohne Heben, Ziehen oder Stossen von Lasten von mehr als zwei bis drei Kilogramm, ohne über Kopf zu verrichtenden Arbeiten, ohne repetitiv-monotone Bewegungen, ohne feinmotorische Tätigkeitsanteile, ohne ausgesprochen kniende oder kauende Tätigkeiten eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 70% bestehe. Diese Einschätzung gelte ab November 2014, von Juni 2014 bis Oktober 2014 habe die Arbeitsfähigkeit 50% betragen. Zu den Standardindikatoren wurde ausgeführt, dass relevante soziale Kontextfaktoren bestünden, welche jedoch invaliditätsfremd seien. Eine Persönlichkeitsstörung per se könne nicht diagnostiziert werden, differentialdiagnostisch sei eine akzentuierte Persönlichkeit möglich, welche den Umgang mit dem Gesundheitsschaden erschwere. Es lägen Verdeutlichungstendenzen in der Begutachtungssituation vor, welche womöglich auf die affektive Störung des Exploranden zurückzuführen seien. Eine bewusste Aggravation könne nicht angenommen werden. Therapeutisch sei eine Optimierung der bisherigen Psychopharmakotherapie angezeigt. Berufliche Massnahmen im Sinne einer gecoachten Teilzeitbeschäftigung könnten zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen, ansonsten sei mit einer weiteren Chronifizierung zu rechnen.

6.6 Am 20. April 2016 berichteten die Ärzte des Spitals I.\_\_\_\_, dass der Patient vom 21. September 2015 bis 10. Oktober 2015 und vom 29. Februar 2016 bis 5. März 2016 in der Klinik für Schmerztherapie des Spitals I.\_\_\_\_, hospitalisiert gewesen sei. Diagnostiziert wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) mit chronifizierten Ellbogenschmerzen rechts auf Grundlage einer Epicondylitis humeri radialis; chronisch rezidivierende Zervikobrachialgien bei mehrsegmentalen HWS-Blockierungen in der Höhe C4/C5; eine chronische Lumboischialgie; eine Gonalgie rechts; eine andauernde nicht-organische Persönlichkeitsstörung nach Kriegstraumata (ICD-10 F62.0) mit depressiver Episode (ICD10-F32.0), Schlafstörungen (ICD-10 F51.5) und einer habituellen Ernährungsstörung mit multiplen Nahrungsmittelunverträglichkeiten sowie ein Gewichtsverlust unklarer Ätiologie bei Untergewicht. Im Rahmen der Schmerztherapie hätten sich die Beschwerden im Arm eher nicht verändert. Bei medizinischem Training und Belastung hätten sie zugenommen. Der Patient berichte aber, dass er die Übungen regelmässig zu Hause mache und mehr Kraft im rechten Arm und in der Hand verspüre. Die Einschlafstörungen bestünden weiterhin.

6.7 Mit Arztbericht vom 21. April 2016 führte die behandelnde Fachärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, aus, dass sich der Patient seit 5. Mai 2015 bei ihr in Behandlung befinde. Die von der Schmerzlinik gestellten psychiatrischen Diagnosen hätten weiterhin Gültigkeit. Der Versicherte sei vom 19. Januar 2015 bis 12. Juni 2015 in tagesklinischer, sowie zweimal bei der Klinik für Schmerztherapie des Spitals I.\_\_\_\_, in stationärer Behandlung gewesen. Eine stationäre psychiatrische Behandlung bei der Klinik F.\_\_\_\_ im April 2016 habe der Patient nach einem Tag abgebrochen, da er wegen Überbelegung nicht wie geplant auf die Station für affektive Störungen, sondern auf diejenige für Suchterkrankungen hätte eintreten sollen. Dort habe er sich sehr unwohl gefühlt. Er sei aktuell sowohl psychisch wie auch physisch nur eingeschränkt belastbar und zu 100% arbeitsunfähig. Es könne nicht mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden; aufgrund der langjährigen, schweren Symptomatik sei die Prognose eher als ungünstig einzuschätzen.

6.8 Die RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrer Stellungnahme vom 22. Juli 2016 aus, dass die Standardindikatoren im psychiatrischen Fachgutachten von Dr. H.\_\_\_\_ genügend abgehandelt worden seien. Seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auch nach Prüfung der Standardindikatoren vollumfänglich nachvollziehbar. Aus den neu vorliegenden medizinischen Unterlagen ergäben sich keine neuen medizinischen Aspekte mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Eine Rückfrage beim psychiatrischen Gutachter zur Nachbeurteilung sei deshalb nicht notwendig.

6.9 In einer ergänzenden Stellungnahme vom 16. September 2016 prüfte die RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ vertieft die Standardindikatoren. Sie kam zum Schluss, dass die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit des psychiatrischen Gutachters Dr. F.\_\_\_\_ im Hinblick auf die vorhandenen Ressourcen bloss teilweise nachvollzogen werden könne. Sie gehe von einer maximal 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in allen Tätigkeiten aus.

6.10 Auf Rückfrage der IV-Stelle hin hielt Dr. G.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 28. November 2016 an seiner gutachterlichen Beurteilung fest. Er führte aus, dass die gestellten Fragen aufgrund des rheumatologisch-psychiatrisch geprägten Krankheitsgeschehens nicht ausschliesslich von einem Rheumatologen zu beurteilen seien. Indessen erklärte er, weshalb die angestammte Tätigkeit als Fachleiter in einem Supermarkt ellbogenbelastend sei und dass die bei der Untersuchung gezeigten Inkonsistenzen nicht gegen das Vorliegen einer somatischen Erkrankung mit entsprechender Diagnose sprechen würde. Zu den Standardindikatoren hätten die Gutachter ausführlich Stellung genommen.

6.11 Mit Schreiben vom 12. Januar 2017 nahm der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Stellung zum rheumatologischen Sachverhalt. Er erklärte, dass die Einschätzung der rheumatologischen Beschwerden durch den Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ lediglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstelle. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Diagnose der chronischen Epicondylopathia humeri radialis rechts Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe.

6.12 Der RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 26. August 2017 Stellung zu den im Vorbescheidverfahren vom Versicherten geltend gemachten Einwänden. Er stellte fest, dass die von den behandelnden Psychiatern diagnostizierte andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nicht nachvollziehbar sei, da es an den Kardinalkriterien zur Diagnosestellung fehle. Ausserdem sei aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode nicht per se von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Vielmehr sei aufgrund der abgebrochenen stationären Therapie im April 2016 davon auszugehen, dass die Therapieoptionen nicht ausgeschöpft seien.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 13. November 2017 auf die Einschätzungen der asim-Gutachter sowie ihrer RAD-Ärzte Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_. Sie ging demzufolge davon aus, dass beim Beschwerdeführer mangels Ausschöpfung der psychiatrischen Therapieoptionen eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe. Um dem Anforderungsprofil (wechselbelastete Tätigkeit) und den gesundheitlichen Einschränkungen Rechnung zu tragen, sei beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 20% vorzunehmen.

7.2 Wie in Erwägung 5.4 hiervor ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und Spezialärzten volle Beweiskraft zuerkennen, wenn diese aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, und solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin indessen letztlich nicht auf das bidisziplinäre und von ihr selbst eingeholte Gutachten der asim vom 23. November 2015 abgestellt, sondern auf die Einschätzungen ihrer RAD-Ärzte. Indessen erfüllt das Gutachten der asim sämtliche Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage. So weist es weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 5.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen,

berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und setzt sich ausführlich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander. Die medizinischen Schlussfolgerungen erscheinen sowohl in rheumatologischer wie auch in psychiatrischer Hinsicht nachvollziehbar. Insbesondere nehmen die Gutachter auch eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vor. So hat der rheumatologische Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ sowohl in seinem Fachgutachten wie auch im Rahmen der Rückfrage der Beschwerdeführerin vom 28. November 2016 die vom Beschwerdeführer gezeigten Inkonsistenzen genannt und gewürdigt und sich – mit eigenen Recherchen – über das Belastungsprofil in der angestammten Tätigkeit informiert. Die von ihm umschriebene zumutbare Tätigkeit bzw. die Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit ist begründet und nachvollziehbar. Die von ihm gestellte Diagnose entspricht denn auch denjenigen der behandelnden Fachärzte. Auch das psychiatrische Fachgutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vermag diesbezüglich zu überzeugen. Es setzt sich sowohl mit den Diagnosekriterien als auch mit den Standardindikatoren auseinander und kommt zu einem schlüssigen Ergebnis. Dies hat denn auch die RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ in ihrer ersten Stellungnahme vom 22. Juli 2016 ausdrücklich so festgehalten. Die anschliessend vom RAD vorgenommene „Korrektur“ des Gutachtens basiert hingegen weder auf eigenen Untersuchungen oder neuen Erkenntnissen noch werden die abweichenden Einschätzungen der Gutachter und der behandelnden Ärzte vertieft abgehandelt. Vielmehr handelt es sich bei diesen Korrekturen lediglich um versicherungsinterne Einschätzungen, an die rechtsprechungsgemäss bei der Beweismwürdigung ein strenger Massstab anzulegen ist (E. 4.4 hiervor). Nach dem Ausgeführten ist zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich auf das beweiskräftige bidisziplinäre Gutachten vom 23. November 2015 abzustellen.

7.3 Daran vermögen auch die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Entgegen seiner Auffassung setzt sich Dr. H.\_\_\_\_ ausführlich mit der Möglichkeit einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung auseinander. Die unbestritten traumatischen Kriegserlebnisse des Beschwerdeführers werden aufgeführt. Indessen kommt der psychiatrische Fachgutachter nachvollziehbar zum Schluss, dass die Kriterien für die entsprechende Diagnose nicht erfüllt seien. Dass die behandelnden Ärzte diese Diagnose über Jahre hinweg stellten, genügt nicht, um die Einschätzung des Gutachters in Frage zu stellen (vgl. E. 5.4 hiervor), zumal die Diagnose in diesen Berichten nicht einlässlich oder schlüssig begründet wird. Das bidisziplinäre Gutachten vom 23. November 2015 erweist sich ferner auch nicht als veraltet. Zwar sind zwischen der Erstellung des Gutachtens und dem Erlass der Verfügung beinahe zwei Jahre vergangen. Aus den vorhandenen Arztberichten nach der Begutachtung lassen sich indessen keine Hinweise auf eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes entnehmen. Dies gilt umso mehr, als die stationären Aufenthalte eher zu einer Kräftigung und Stabilisierung geführt haben.

7.4 Zusammenfassend lässt das Gutachten der Asim vom 23. November 2015 eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu. Folglich ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten Tätigkeiten mit Möglichkeit zum selbstständigen Wechseln der Körperposition, ohne wiederholtes Greifenmüssen, ohne Heben, Ziehen oder Stossen von Lasten von mehr als zwei bis drei Kilogramm, ohne über Kopf zu verrich-

tenden Arbeiten, ohne repetitiv-monotone Bewegungen, ohne feinmotorische Tätigkeitsanteile, ohne ausgesprochen kniende oder kauernde Tätigkeiten in einem Pensum von 70% arbeitsfähig ist. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Antrag des Beschwerdeführers, wonach weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen seien, nicht stattzugeben. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

8.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.2 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 1. Dezember 2016 den zur Ermittlung des Invaliditätsgrades erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Die Beschwerdeführerin stellt – zu Recht – weder das mittels Parallelisierung ermittelte Valideneinkommen noch das für die Bemessung des Invalideneinkommens herangezogene Grundeinkommen in Frage.

8.2 Unter Berücksichtigung des ermittelten Valideneinkommens von Fr. 56'925.– (Anpassung des unterdurchschnittlichen Valideneinkommens von Fr. 56'290.– um 1.06% an das Einkommen gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 des Bundesamtes für Statistik, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit) ergibt sich entsprechend der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit Folgendes: Der Beschwerdeführer ist in sämtlichen körperlich angepassten Tätigkeiten zu 70% arbeitsfähig, woraus grundsätzlich ein Einkommen von Fr. 46'517.– resultiert (basierend auf LSE 2014, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit).

8.3 Von diesem Invalideneinkommen sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 78 f. E. 5a). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 134 V 327 f. E. 5.2, 126 V 79 f. E. 5b/ aa-cc). Die Beschwerdegegnerin hat von dem ermittelten Invalideneinkommen einen Abzug von 20% vorgenommen. Damit hat sie aber den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers Rechnung getragen, die nunmehr grossenteils in der reduzierten Arbeitsfähigkeit aufgehen. Dennoch erscheint im vorliegenden Fall ein Abzug angemessen, ergibt sich die Einschränkung der Arbeits-

fähigkeit doch lediglich aus psychiatrischen Gründen. Um dem eingeschränkten Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 7.4 hiervor) Rechnung zu tragen, erscheint ein leidensbedingter Abzug von 10% als angemessen. Daraus ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 41'865.–.

8.4 Aus einer Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 56'925.– mit diesem Invalideneinkommen von Fr. 41'865.– ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 26.5%, gerundet 27%. Damit besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (E. 4.1 hiervor). Die Beschwerde ist nach dem Ausgeführten abzuweisen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.– fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Dies ist vorliegend der Beschwerdeführer. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.– sind somit von ihm zu tragen bzw. mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– zu verrechnen.

9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Beim vorliegenden Verfahrensausgang sind die ausserordentlichen Kosten wettzuschlagen.

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 Höhe von Fr. 800.– verrechnet.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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