



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 30. August 2018 (720 17 424 / 234)

Invalidenversicherung

Invalidenrente: Beweismässigkeit der der Verfügung zugrundeliegenden Einschätzung des RAD-Arzt

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Jonas Steiner, Rechtsanwalt, schadenanwaelte.ch AG, Totentanz 5, Postfach 2039, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1963 geborene A.____ hatte sich in den Jahren 1993, 1996 und 1998 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet, wobei die Gesuche jeweils abgewiesen wurden bzw. nicht darauf eingetreten wurde. Zuletzt arbeitete der Versicherte bis zum 30. September 2012 als Lagerarbeiter bei der B.____ AG. Im Anschluss an diese Anstellung bezog er Arbeitslosenentschädigung, nach einem Unfall am 4. November 2013 bis zum 31. Januar 2014 Leistungen des Unfallversicherers. Ein im Jahr 2015 geltend gemach-

ter Rückfall wurde seitens des Unfallversicherers nicht anerkannt. Am 11. November 2015 meldete sich A._____ unter Hinweis auf eine Handverletzung, Bandscheibenprobleme und eine Koronarerkrankung erneut bei der IV an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse sowie Durchführung eines Vorbescheidverfahrens lehnte die zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 2. November 2017 gestützt auf einen nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs ermittelten Invaliditätsgrad von 0% ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A._____ am 29. November 2017 Einwand bei der Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft. Der Einwand wurde – nach einer entsprechenden Aufforderung des Versicherten bzw. seines Rechtsvertreters, Rechtsanwalt Jonas Steiner – als Beschwerde an das zuständige Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) weitergeleitet. Der Versicherte beantragte sinngemäss, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Zur Begründung führte er aus, dass die IV-Stelle jede seiner Erkrankungen bloss einzeln und nicht in der Gesamtheit gewürdigt habe. Er befinde sich noch immer in ärztlicher Behandlung wegen des Herzens, der Hand sowie der Atemprobleme. Er sehe sich als nicht arbeitsfähig.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 1. Februar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Ihr Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) habe sich ein genügendes Bild über die medizinische Gesamtsituation machen können. Sämtliche bestehenden Leiden würden sich bloss qualitativ, nicht aber quantitativ, auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Unter Berücksichtigung der Gesamtsymptomatik des Beschwerdeführers werde folglich lediglich das Spektrum noch zumutbarer Tätigkeiten kleiner, nicht jedoch die Arbeitsfähigkeit.

D. Antragsgemäss bewilligte das Kantonsgericht dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. Februar 2018 die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwalt Steiner als Rechtsvertreter und setzte ihm eine Frist zur Replik an.

E. Mit Replik vom 11. April 2018 beantragte der Beschwerdeführer erneut, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. Unter Hinweis auf einen neu eingeholten Arztbericht des behandelnden Psychiaters führte er aus, dass es die Beschwerdegegnerin zu Unrecht unterlassen habe, den psychiatrischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers abzuklären. Auch aus kardiologischer Sicht habe die Beschwerdegegnerin den Gesundheitszustand bloss ungenügend abgeklärt, liege doch eine progrediente Erkrankung vor. Eine kardiologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Beizug von Untersuchungsergebnissen liege nicht vor. Der Bericht des RAD-Arztes sei überdies widersprüchlich und nicht nachvollziehbar.

F. Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Duplik vom 29. Mai 2018 an ihrem Antrag auf Abweisung fest. Es sei trotz der nachgereichten Arztberichte zumindest bis zum relevanten Verfügungszeitpunkt auf die Beurteilung des RAD abzustellen.

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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 29. November 2017 ist einzutreten.

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

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person 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.

2.3 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).

3.1 Ausgangspunkt bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

3.3 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 Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.4 Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG). Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV]). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (vgl. BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258; Urteil 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1).

3.5 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts zu differenzieren: Stützt sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen – zu denen die RAD-Berichte

gehören –, 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. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7; zum Ganzen auch: Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2015, 9C_627/2015, E. 2 mit weiteren Hinweisen).

3.6 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).

4. Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Akten vor, welche vom Gericht allesamt gewürdigt wurden. Vorab ist festzuhalten, dass das vom Beschwerdeführer in seiner Replik angerufene Gutachten der Dres. med. C.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, und D.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin, vom 25. September 2006 sowie weitere ältere Arztberichte für das vorliegende Verfahren keine Relevanz haben können, da der Beschwerdeführer in der Zeit nach der Erstellung dieser Unterlagen über längere Zeit erneut vollständig arbeitsfähig bzw. vermittlungsfähig gewesen ist. Als für den Entscheid massgebend haben sich indessen die folgenden Unterlagen erwiesen:

4.1 Die Kardiologen des Spitals E.____ diagnostizierten mit Bericht vom 23. November 2015 eine hypertensive und koronare 2-Gefässerkrankung bei Status nach anterolateralem Myokardinfarkt 2004 mit PTCA und Stenting (DES) RIVA am 1. Oktober 2004, Status nach PTCA/Stent (DES) ACD am 22. August 2012, einer erhaltenen systolischen Funktion (EF 56%) mit konzentrischer linksventrikulärer Hypertonie, aktuell ohne eindeutige Hinweise auf eine Belastungskoronarinsuffizienz bei verminderter Leistungsfähigkeit sowie cvRF: arterieller Hypertonie, Dyslipidämie, persistierendem Nikotinabusus und positiver Familienanamnese. Die etablierte Therapie werde konsequent eingenommen. Die Blutdrucksituation sei kontrolliert. Die Ergometrie habe bei einer Leistung von bloss 138 Watt aufgrund peripherer muskulärer Erschöpfung abgebrochen werden müssen, das Puls- und Blutdruckverhalten sei unauffällig gewesen. Die aktuelle kardiale Therapie sei gut angepasst. Im Vordergrund stehe wohl eine deutliche Dekonditionierung mit gleichzeitigem Anstieg des Körpergewichts.

4.2 Mit Bericht vom 7. Dezember 2015 zuhanden der IV-Stelle diagnostizierte die behandelnde Hausärztin Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronifizierte Lumbalgien und Lumboischialgien linksbetont bei degenerativen Veränderungen des lumbosacralen Übergangs und foraminaler Einengung L 5/S 1 beidseits (MRT und neurologisches Konsilium im Jahr 2006); eine chronische Cervicobrachialgie mit Myotendinosen; ein rezidivierendes Handgelenksganglion dorso-radial bei Status nach Distorsionsstrauma am 4. November 2013, ferner einen Status nach Myokardinfarkt im Jahr 2004 mit

Stenting sowie koronarer Angiographie am 22. August 2012 und einer ausgeprägten Angstsymptomatik vor rezidivierenden Infarkten mit deutlicher Dekonditionierung. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine arterielle Hypertonie, eine Dyslipidämie, eine chronische Bronchitis bei persistierendem Nikotinabusus und ein Diabetes Mellitus Typ 2 (Erstdiagnose 26. Mai 2014) festzuhalten. Der Patient sei vom 3. November 2014 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig.

4.3 In orthopädischer Hinsicht ist insbesondere auf die (Verlaufs-)Berichte der Abteilung Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats des Spitals E.____ vom 19 Januar 2015 bis 12. Januar 2017 hinzuweisen. Darin wird über die Behandlung und den Verlauf der Handgelenksproblematik berichtet.

Zusammenfassend hielten die zuständigen Ärzte mit Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 11. Mai 2016 fest, dass der Patient bei Status nach Handgelenksdistorsion rechts am 4. November 2013 deutliche Beschwerden im Handgelenk beklagt habe (Bericht des Spitals E.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 19. Januar 2015), weshalb am 17. März 2015 eine diagnostische Arthroskopie, eine arthroskopische Glättung des TFCC und des Knorpels am Lunatum ulnarseitig sowie eine Ganglionsexzision vorgenommen worden seien (vgl. auch Operationsbericht von Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats sowie Handchirurgie vom 19. März 2015). Nachdem im Verlauf eine eingeschränkte Beweglichkeit sowie Schmerzen persistierten, ergab eine Ultraschalluntersuchung am 10. August 2015 ein grosses dorso-radiales Rezidivganglion (Bericht des Spitals E.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 21. September 2015). Nach einer einmaligen Infiltration mit Steroiden wurde als einzige Option mit Aussicht auf eine Beschwerdeverbesserung eine operative Revision des Ganglionsrezidives angesehen. Indessen beklage der Patient auch nach der Exzision des dorsalen Handgelenkganglions mit Gelenkstoilette und STT-Gelenk am 15. Dezember 2015 (vgl. Operationsbericht von Dr. G.____ vom 16. Dezember 2015) weiterhin bestehende Restbeschwerden am radialen Handgelenk sowie neu eine Hyposensibilität im Endversorgungsgebiet des Nervus ulnaris (Bericht des Spitals E.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 27. Februar 2016). Es sei aktuell schwierig, eine Prognose abzugeben. Prinzipiell hätten die Beschwerden mit der letzten Operation deutlich gelindert werden müssen. Längerfristig seien jedoch Restbeschwerden, insbesondere durch die Narbe, nicht auszuschliessen. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne gerechnet werden, nicht jedoch im aktuellen Zeitpunkt. Die Leistungsfähigkeit sei noch um 50% bis 60% vermindert. In einem angepassten Rahmen mit Vermeiden von schmerzprovozierender Belastung sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit denkbar.

4.4 Mit Bericht vom 29. Juni 2016 diagnostizierte Dr. med. H.____, Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, eine chronische Bronchitis bei persistierendem Nikotinabusus und normaler Lungenfunktion sowie eine diffuse koronare 2-Asterkrankung. Der Patient beklage progrediente Lungenbeschwerden. Bei der klinischen Untersuchung der Atmungsorgane bestehe ubiquitär ein reines Vesikuläratmen ohne Nebengeräusche. Eine Röntgenuntersuchung des Thorax habe keinen wegweisenden abnormalen Befund ergeben. Die Lungenfunktion und der

pulmonale Ruhe-Gasaustausch seien vollständig normal. Aufgrund der Anamnese seien die Beschwerden eher auf eine Progredienz der koronaren Herzerkrankung als auf ein Asthma – welches eher untypisch wäre – zurückzuführen.

4.5 Der RAD-Arzt Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, stellte in seiner Beurteilung vom 23. September 2016 fest, dass der vorliegende Fall medizinisch komplex dokumentiert sei und der Versicherte spezialärztlich umfassend abgeklärt und verlaufskontrolliert worden sei. Es bestünden unverändert Restbeschwerden am Handgelenk. In einer entsprechend angepassten Tätigkeit sei er jedoch auch nach Auffassung der behandelnden Ärzte uneingeschränkt arbeitsfähig, wie dies bereits der Unfallversicherer festgestellt habe. Die therapeutischen Bemühungen kreisten zwischenzeitlich primär um die subjektiven Beschwerden, ohne dass sich bei genauerer Betrachtung hinlängliche Befunde objektivieren liessen, welche die Beschwerden hinsichtlich Intensität und Lokalisation plausibel erklären könnten. Auch bezüglich des lumbalen Schmerzsyndroms lägen lediglich altersentsprechende mögliche degenerative Veränderungen vor. Es sei ferner auf die diesbezüglich bereits bei früheren IV-Verfahren festgestellten Schmerzfehlerverarbeitung und Verdeutlichungstendenz hinzuweisen. Manifeste neurologische Defizite seien weiterhin nicht ausgewiesen, so dass auch weiterhin von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit mit spontaner Wechselbelastung auszugehen sei. Kardiologisch sei die Selbstlimitierung des Versicherten offensichtlich. Aus den objektivierten kardiopulmonalen Eckdaten liess sich keine massgebliche und dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit ableiten. Die einhergehende Angstsymptomatik stehe ohne aktuelle psychiatrische Diagnose im Raum. Eine Verweistätigkeit mit entsprechendem Belastungsprofil sei dem Versicherten ab 18. April 2014 zu 100% zumutbar. Eine entsprechende Arbeitsfähigkeit bestehe – mit therapiebedingten kürzeren Unterbrüchen – seit diesem Zeitpunkt.

4.6 Mit Bericht vom 8. November 2016 führte Dr. F.____ aus, dass sich die Situation der chronischen Bronchitis tendenziell zu verschlechtern scheine. Sobald die Therapie mit topischem Cortison sistiert werde, leide der Patient an Dyspnoe Grad 2 bis 3 mit rezidivierender Sekretion und klinisch ausgeprägtem expiratorischem Giemen und Brummen. Eine cortisonfreie Therapie habe weder subjektiv noch objektiv eine Besserung gebracht. Nach erneutem Einsatz von Cortison seit dem 20. Oktober 2016 sei subjektiv und objektiv eine kleine Besserung eingetreten. Die Situation bezüglich der ängstlich-depressiven Symptomatik sei zwischenzeitlich wohl chronifiziert.

4.7 Im Rahmen einer elektiven Koronarangiographie am 23. März 2017 stellten die Fachärzte der Kardiologie des Spitals E.____ folgende Diagnosen fest: eine koronare 3-Gefässerkrankung; ein Diabetes Mellitus Typ 2, eine arterielle Hypertonie, Dyslipidämie sowie ein Ulnaimpaktionssyndrom rechts mit geplanter Re-Operation. Der Patient beklage schon bei geringer Belastung ein linksthorakales Stechen mit Ausstrahlung in die linke Schulter und den linken Arm sowie begleitend eine Dyspnoe, die gelegentlich auch in Ruhe auftrete. Bei schnellem Aufrichten leide er unter Schwindel; unter Anstrengung verspüre er Palpationen. In der Angiographie hätten sich reine und rhythmische Herztöne gezeigt, der Pulsstatus sei intakt; es fänden sich keine Strömungsgeräusche inguinal und über den Karotiden. Erfolgt seien Implan-

tationen von DES in den Ramus interventricularis anterior sowie je in die mediale und distale Arteria coronaria dextra.

4.8 Nachdem der Versicherte gegen den Vorbescheid vom 14. Oktober 2016 Einwand erhoben hatte, nahm Dr. I.____ mit Schreiben vom 17. Oktober 2017 zu den Vorbringen des Versicherten und den neu vorliegenden Arztberichten Stellung. Er führte aus, dass aus der vermeintlich progredienten Lungenkrankheit keine massgebliche Limitierung in einer körperlich angepassten Tätigkeit resultiere, wenn die residuellen positiven Ressourcen betrachtet würden. Es sei ferner festzuhalten, dass bei der Koronarangiographie vom März 2017 eine Vesikuläratmung über allen Lungenfeldern beschrieben worden sei. Die Diagnose des Diabetes Mellitus Typ 2 sei aus versicherungsmedizinischer Sicht als behandelbar anzusehen und werde im Übrigen auch von der behandelnden Hausärztin als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Bezüglich der ängstlich-depressiven Symptomatik fehle es weiterhin an einer fachpsychiatrischen Diagnose oder Behandlung. Dies erscheine aufgrund des präsentierten Leidensdrucks als inkonsistent. Die Handgelenksbeschwerden würden zwar weiterhin therapiert, es sei jedoch aus dem medizinischen Kontext nicht mehr mit einer durchgreifenden Verbesserung zu rechnen. Die residuelle Funktionseinschränkung sei bereits berücksichtigt worden, daran würde sich bei einem allenfalls erfolgreichen weiteren Eingriff nichts ändern.

4.9 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer einen Bericht des ihn neu behandelnden Psychiaters Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. März 2018 ein. Nach erstmaliger Konsultation desselben Tages diagnostizierte dieser mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11) bei chronisch koronarer Erkrankung mit multiplen Infarkten und mit einer ausgeprägten Panikstörung (ICD-10 F41.0), bestehend seit mindestens 2015. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien Störungen durch Tabak (ICD-10 F17.24). In der angestammten Tätigkeit bestehe seit mindestens 2015 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Eine Besserung der Symptomatik unter Psychotherapie und Pharmakotherapie sei höchstens langsam zu erwarten. Ob eine Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt möglich sein werde, sei fraglich. Er gehe von einer andauernden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% aus. Ebenfalls reichte der Beschwerdeführer den Bericht von Dr. med. K.____, FMH Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, des Spitals E.____ vom 26. Januar 2018 ein. Die Frage nach der kardiologisch bedingten Arbeitsfähigkeit könne er gegenwärtig nicht beantworten, da aktuell kein Leistungstest und keine Ultraschalluntersuchung zur objektiven Beurteilung vorlägen. Einen Kontrolltermin habe der Patient bisher nicht wahrgenommen.

4.10 Mit Bericht vom 17. Mai 2018 nahm Dr. I.____ im Rahmen der Duplik vom 29. Mai 2018 zu den neu vorgelegten Arztberichten Stellung. Er begründete seine Beurteilung des kardiologischen Gesundheitszustandes und brachte vor, dass auf das Gutachten der Dres. C.____ und D.____ nicht mehr abgestellt werden könne.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes vollumfänglich auf die Einschätzung ihres RAD-Arztes Dr. I.____ ab. Sie ging demzufolge

davon aus, dass dem Beschwerdeführer jede körperlich leichte Tätigkeit ohne ständigem und kraftvollem Einsatz der rechten Hand zu 100% zumutbar sei.

5.2 Wie in Erwägung 3.6 hiavor ausgeführt, sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn sich der Entscheid lediglich auf versicherungsinterne Einschätzungen stützt. Diesbezüglich sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (versicherungs-)ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel liegen in casu letztlich nicht vor. Die beim Beschwerdeführer zu stellenden somatischen Diagnosen sind im Grundsatz unbestritten. Dies gilt insbesondere für den kardiologischen Gesundheitszustand. Die Herzerkrankung ist medikamentös eingestellt und kontrolliert. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ergeben sich aus den Akten keinerlei Hinweise darauf, dass kardiologisch bedingt eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in körperlich leichten Tätigkeiten besteht. Der Verdacht des behandelnden Pneumologen betreffend eine Progredienz der Herzerkrankung genügt nicht, um an der Einschätzung des RAD-Arzt Dr. I.____ Zweifel zu erwecken, zumal sich dieser ausführlich mit dem kardiologischen Befund auseinandergesetzt hat. Auch kann der Beschwerdegegnerin nicht vorgeworfen werden, den diesbezüglichen aktuellen Sachverhalt ungenügend abgeklärt zu haben. Eine Anfrage beim Spital E.____ wurde von diesem mit Bericht vom 5. Oktober 2017 dahingehend beantwortet, dass der Beschwerdeführer einen angesetzten Termin zur Katheterkontrolle nicht wahrgenommen habe und für eine neue Terminvereinbarung nicht erreichbar gewesen sei. Nichts anderes ergibt sich aus dem eingereichten Bericht von Dr. K.____. Auch daraus wird ersichtlich, dass der Beschwerdeführer aktuell in keiner kardiologischen Behandlung steht. Daraus durfte Dr. I.____ ohne weiteres schliessen, dass aktuell keine wesentliche, leistungsbeschränkende kardiologische Belastung vorliegt. Hinsichtlich der chronischen Bronchitis bzw. der Lungenerkrankung geht augenscheinlich auch der Beschwerdeführer nicht von einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus. Da die spezialärztliche Untersuchung ausdrücklich eine normale Lungenfunktion ohne Einschränkung des Gasaustauschs ergeben hat, ist auch die diesbezügliche Einschätzung von Dr. I.____ nicht zu beanstanden. Die Beurteilung der Restbeschwerden am Handgelenk wird vom Beschwerdeführer ebenfalls nicht in Frage gestellt. Auch diesbezüglich kann mit Hinblick auf die fachärztlich attestierte volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf die Einschätzung des RAD abgestellt werden.

5.3 Umstritten ist indessen der Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht. Der Beschwerdeführer bringt vor, bereits seit langem an psychischen Problemen, namentlich einer ausgeprägten Angstsymptomatik und depressiven Störungen, zu leiden. Dies sei bereits im Jahr 2006 von den Dres. C.____ und D.____, wie auch fortlaufend von der behandelnden Hausärztin Dr. F.____ und neu vom nunmehr behandelnden Psychiater Dr. J.____ festgestellt worden. Obwohl damit seit Jahren mehrere Anzeichen für eine psychische Erkrankung vorgelegen hätten, habe es die Beschwerdegegnerin unterlassen, den psychischen Gesundheitszustand abzuklären. Indessen vermag der Verweis von RAD-Arzt Dr. I.____, wonach mangels Vorliegen einer fachpsychiatrischen Diagnose oder einer entsprechenden therapeutischen Behandlung im Verfügungszeitpunkt nicht von einer psychischen Krankheit mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne, zu überzeugen. So hat sich der Beschwerdeführer erst lite pendente, vier Monate nach Erlass der umstrittenen Verfügung am 2. November 2017, auf Zu-

weisung der Hausärztin bei Dr. J. _____ in Behandlung begeben. Dessen Feststellung, wonach seit mindestens 2015 von einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden psychischen Erkrankung auszugehen sei, ist letztlich ebenso wenig begründet wie die gestellten Diagnosen. Ferner basiert die Einschätzung von Dr. J. _____ auf einer ein- und erstmaligen Konsultation ohne Erhebung einer Anamnese. Soweit der Beschwerdeführer auf die Einschätzung von Dr. D. _____ abstellen möchte, ist ihm einerseits entgegenzuhalten, dass auch dort lediglich von einem ängstlich-depressiven Zustandsbild, das überdies von invaliditätsfremden (finanziellen) Faktoren bedingt war, ausgegangen wurde. Insbesondere kann aber aufgrund der zwischenzeitlichen Arbeits- bzw. Vermittlungsfähigkeit im jetzigen Zeitpunkt ohnehin nicht mehr auf diese Einschätzung abgestellt werden (vgl. E. 4 hiervor). Vor diesem Hintergrund sind folglich die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. I. _____ und der Verzicht auf weitere Abklärungen auch diesbezüglich nicht zu beanstanden. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass im massgeblichen Zeitpunkt der Verfügung am 2. November 2017 (vgl. E. 3.1 hiervor) keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Erkrankung bestanden hat.

5.4 Nach dem Ausgeführten ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt worden ist und aufgrund der Akten keine Anhaltspunkte bestehen, an der Einschätzung des RAD zu zweifeln. Daran vermögen auch die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Namentlich erweist sich die Einschätzung von Dr. I. _____ in Bezug auf die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers nicht als widersprüchlich. Zwar werden im RAD-Bericht vom 23. September 2016 die entsprechenden Diagnosen von Dr. C. _____ (chronische Lumbalgien und Lumboischialgien linksbetont sowie chronifizierte Cervicalgie, Cervicobrachialgie mit Myotendinosen) genannt und die Wiederholung durch die Hausärztin mit der entsprechenden „Mischkalkulationsarbeitsfähigkeit“ erwähnt. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, dass Dr. I. _____ die damalige Einschätzung teilte. Dazu hatte er sich letztlich auch nicht zu äussern, oblag ihm doch die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit. Sofern der Beschwerdeführer auf die abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. F. _____ verweist, ist anzumerken dass sich diese zu keinem Zeitpunkt über die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit geäußert hat. Um auch nur geringe Zweifel an der RAD-Beurteilung zu wecken, hätte sie darlegen müssen, weshalb ihre Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch in körperlich leichten, das rechte Handgelenk nicht belastenden Tätigkeiten gelten solle. Solche Ausführungen fehlen indessen.

5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen nicht geeignet sind, auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung des RAD zu wecken. Auch die Akten geben zu keinen derartigen Zweifeln Anlass. Der Beschwerdeführer leidet augenscheinlich und unbestrittenermassen an diversen gesundheitlichen Beschwerden. Es bestehen jedoch keine Anhaltspunkte, dass diese einzeln oder in ihrer Gesamtheit zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führen. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Eventualantrag 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. Gelangt das Gericht jedoch wie vorliegend bei pflichtgemäs-

ser 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). Die Beschwerde vom 29. November 2017 ist nach dem Ausgeführten abzuweisen.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten, die praxisgemäss auf Fr. 800.– festgesetzt werden, ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist jedoch mit Verfügung vom 9. Februar 2018 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.

6.2 Gemäss dem Ausgang des Verfahrens sind die ausserordentlichen Kosten wettzuschlagen (§ 21 Abs. 1 VPO). Zuzufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'106.05 (inklusive Auslagenpauschale von Fr. 84.– und 7.7% Mehrwertsteuer) entsprechend dem in der Honorarnote vom 21. Juni 2018 ausgewiesenen Aufwand (14 Stunden à Fr. 200.–) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

6.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

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

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

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'106.05 (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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