



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. Mai 2018 (720 17 397 / 119)

Invalidenversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhalts: Die IV-Stelle hat diesen vollständig abgeklärt

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1985 geborene A.____ war von März 2004 bis Ende 2009 als Hilfsgipser bei der B.____ AG und anschliessend im Rahmen von diversen Teilzeittätigkeiten für verschiedene Arbeitgeber erwerbstätig. Am 3. März 2014 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach ersten medizinischen Abklärungen sprach ihm die IV-Stelle Basel-Landschaft mit Mitteilung vom 24. November 2014 Arbeitsvermittlung zu. Diese wurde am 30. März 2015 beendet, nachdem A.____ um Prüfung des Renten-

anspruchs ersucht hatte. Die IV-Stelle nahm in der Folge weitere Abklärungen der gesundheitlichen und der erwerblichen Verhältnisse vor. Gestützt auf deren Ergebnisse ermittelte sie beim Versicherten einen Invaliditätsgrad von 2 %. Die IV-Stelle lehnte deshalb nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 24. Oktober 2017 einen Anspruch von A.____ auf eine IV-Rente ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Roman Felix, am 27. November 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge, wobei ihm die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter zu bewilligen seien.

C. Mit Verfügung vom 2. Januar 2018 bewilligte das Kantonsgericht dem Beschwerdeführer gestützt auf die eingereichten Unterlagen für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Roman Felix als Rechtsvertreter.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 26. Januar 2018 beantragte die IV-Stelle die 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 des Versicherten vom 27. November 2017 ist demnach einzutreten.

2.1 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).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfä-

higkeit, 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).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden 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. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder - als alternative Voraussetzung - sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 4c).

2.4 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.

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

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil A. des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4.1 Die IV-Stelle holte zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts Berichte des Hausarztes Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, und des Spitals D.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein. Diesen ist zu entnehmen, dass beim Versicherten aus somatischer Sicht hauptsächlich eine seit Jahren bestehende, rezidivierende Fussgelenk-Problematik, zuletzt vorwiegend links, vorliegt, die mehrfach operativ angegangen wurde, wobei sich mit diesen Eingriffen keine subjektiv befriedigende Beschwerdefreiheit erreichen liess. Am 10. November 2014 nahm Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, im Rahmen einer Kurzbeurteilung zur Frage der Arbeitsfähigkeit des Versicherten Stellung. Dabei gelangte er zur Auffassung, dass dieser seine angestammte Tätigkeit als Hilfsgipser auf Dauer nicht mehr ausüben könne. Zumutbar

seien ihm jedoch - und zwar ganztags - wechselbelastende und Sprunggelenksentlastende Tätigkeiten, bei denen kein tiefes Abhocken, kein Begehen unebener Untergründe, kein häufiges Treppen- und Leiternsteigen, keine Arbeiten auf Gerüsten und keine Gewichtbelastungen über 15 kg erforderlich seien. Nach Eingang weiterer Berichte des Spitals D.____, der Klinik Neurologie des Spitals F.____, der Praxis G.____ und von Dr. C.____ unterbreitete die IV-Stelle die Akten ihrem RAD-Arzt Dr. med. H.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, zur Beurteilung. Dieser hielt in seinem Bericht vom 21. März 2017 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine eingeschränkte Funktion (Belastbarkeit) der Sprunggelenke links und rechts (zuletzt vorwiegend links) fest. Der Versicherte sei deswegen in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfsgipser seit Ende Mai 2013 und auch weiterhin vollständig arbeitsunfähig. In Bezug auf das Belastungsprofil einer Verweistätigkeit könne auf die Einschätzung von Dr. E.____ vom 10. November 2014 verwiesen werden, wobei ergänzend festzuhalten sei, dass die Tätigkeit schwerpunktmässig sitzend ausgeübt werden sollte. Diese Beurteilung gelte grundsätzlich seit Ende Mai 2013, wobei es bis Ende Oktober 2016 zu verschiedenen behandlungsbedingten Intervallen mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gekommen sei. Seit November 2016 sei aber in einer leidensangepassten Verweistätigkeit, in welcher das vorstehend umschriebene Zumutbarkeitsprofil beachtet werde, von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. In einer abschliessenden Stellungnahme vom 28. September 2017 hielt Dr. H.____ uneingeschränkt an dieser Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten fest.

4.2 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Wesentlichen auf die Ergebnisse, zu denen der RAD-Arzt Dr. H.____ in seinen Beurteilungen vom 21. März 2017 und 28. September 2017 gelangt ist. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte seine bisherige Tätigkeit als Hilfsgipser nicht mehr ausüben könne. Hingegen sei ihm die Verrichtung einer leidensangepassten Verweistätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist, jedenfalls soweit es um die Beurteilung der somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Versicherten geht, nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.3 hiervor), darf ein medizinischer Sachverhalt einzig gestützt auf einen RAD-Bericht beurteilt werden, solange keine - auch nur geringe - Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend besteht keinerlei Anlass, an der Richtigkeit der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. H.____ zu zweifeln. Dieser verfügt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen, um die Auswirkungen der diagnostizierten somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu beurteilen (vgl. zu diesem Erfordernis: Urteil N. des Bundesgerichts vom 26. Januar 2010, 9C_736/2009, E. 2.1), seine Stellungnahmen setzen sich hinreichend mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und er nimmt eine schlüssige Zumutbarkeitsbeurteilung vor. Dazu kommt, dass sich in den Unterlagen keine fachärztlichen Berichte finden lassen, die sich aus somatischer Sicht abweichend zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer leidensangepassten Verweistätigkeit äussern würden. In Anbetracht dieser Aktenlage stellt auch der Versicherte diesbezüglich das Ergebnis der vorinstanzlichen Beweiswürdigung - zu Recht - nicht in Frage. Er anerkennt dieses vielmehr, wenn er in seiner Beschwerde festhält, es lasse sich „aus rein somatischer

Sicht“ wohl nicht beanstanden, dass er „rein theoretisch“ in einer angepassten Verweistätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könnte.

5.1 Die angefochtene Verfügung wird vom Versicherten aus anderen Gründen beanstandet. Er macht hauptsächlich geltend, dass die IV-Stelle den medizinischen Sachverhalt vor Erlass der angefochtenen Verfügung nicht ausreichend abgeklärt habe. Im Hinblick auf die Beurteilung seines Leistungsanspruchs hätte sie seinen Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zusätzlich auch aus psychiatrischer Sicht abklären lassen müssen.

5.2 Laut Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG hat der Versicherungsträger im Hinblick auf die Ermittlung des Rentenanspruchs die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Die medizinische Abklärung der objektiven Gesundheitsschäden bildet dabei eine unabdingbare gesetzlich verankerte Voraussetzung für die Zusprache einer Leistung der Invalidenversicherung (Art. 7 Abs. 2, Art. 16, Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Versicherer befindet darüber, mit welchen Mitteln er den rechtserheblichen Sachverhalt abklärt. Im Rahmen der Verfahrensleitung hat er einen grossen Ermessensspielraum hinsichtlich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 126 V 360 E. 5b) entscheiden kann (Urteil F. des Bundesgerichts vom 12. März 2010, 9C_28/2010, E. 4.1 mit Hinweisen).

5.3 In seiner Beschwerde weist der Rechtsvertreter des Versicherten darauf hin, dass dieser aktenkundig über eine sehr eingeschränkte Intelligenz verfüge. Die fehlenden kognitiven Ressourcen würden den Versicherten stark in seiner Flexibilität, Umstellungsfähigkeit und Konfliktfähigkeit einschränken. Zudem liege laut den Feststellungen des Hausarztes eine ausgeprägte depressive Komponente vor. Diese Umstände würden es dem Versicherten verunmöglichen, seinen Beruf zu wechseln oder sich gar umschulen zu lassen. Die IV-Stelle habe es unterlassen, sich mit dieser psychiatrischen Problematik zu befassen. Sie sei demnach ihrem gesetzlichen Abklärungsauftrag nur ungenügend nachgekommen, weshalb die Angelegenheit zur Vornahme entsprechender psychiatrischer Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen sei.

5.4 Zur Frage, ob beim Beschwerdeführer vom Vorliegen einer - allenfalls weiter abklärungsbedürftigen - psychiatrischen Problematik auszugehen ist, lässt sich den medizinischen Akten Folgendes entnehmen: Die RAD-Ärztin I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärztin für Neurologie, führt in ihrer Stellungnahme vom 29. September 2014 im Zusammenhang mit einem allfälligen Anspruch auf berufliche Massnahmen aus, der Versicherte wirke einfach strukturiert und er sei - bei fehlenden kognitiven Ressourcen - sehr eingeschränkt in seiner Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, auch sei er wenig konfliktfähig. Diese Punkte sollten unbedingt bei allfälligen beruflichen Massnahmen berücksichtigt werden. Aus psychiatrischer Sicht wäre eventuell ein begleitendes Coaching angezeigt, um diese Defizite auszugleichen. Dr. C.____, der Hausarzt des Versicherten, beschreibt in seinem Bericht vom

7. Juli 2015 „den Beginn einer depressiven Entwicklung durch die lange Krankheitszeit, durch die Arbeitsunfähigkeit und durch das Zerbrechen des sozialen Umfeldes.“ Sodann hält Dr. C.____ in seinem Schreiben vom 19. September 2017 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers fest, beim Versicherten bestehe eine ausgeprägte depressive Komponente. Es bestünden weiterhin Beeinträchtigungen im Bereich des Sprunggelenks, die Gegenstand medizinischer Behandlung seien. Nebst dieser Problematik sei zusätzlich zu beachten, dass das gesamte Beziehungsnetz des Versicherten in die Brüche gegangen sei. Zudem kämpfe er mit bürokratischen und juristischen Hürden, die drohende IV-Ablehnung „demoliere“ noch mehr seine Zukunftsperspektiven und er sei eigentlich recht verzweifelt. Insgesamt liege ein „kumulatives Schlamassel“ vor.

5.5 Wie die IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung zutreffend geltend macht, ergibt sich aus den vorstehend geschilderten Arztberichten kein Bedarf nach zusätzlichen psychiatrischen Abklärungen oder gar nach einer fachärztlichen psychiatrischen Begutachtung. Der RAD-Arzt Dr. H.____ weist in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 28. September 2017 zu Recht darauf hin, dass den von der RAD-Ärztin I.____ aufgeführten Persönlichkeitsmerkmalen („einfach strukturiert“, „sehr eingeschränkt in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit“) in versicherungsmedizinischer Hinsicht kein relevanter Krankheitswert zukommt. Was die laut Dr. C.____ vorliegende „ausgeprägte depressive Komponente“ betrifft, gilt es festzuhalten, dass es sich bei der genannten Umschreibung nicht um eine fachärztlich-psychiatrische Diagnosestellung handelt. Auffallend ist sodann, dass diese depressive Komponente, obwohl sie in „ausgeprägter“ Weise vorliegen soll, bis anhin offenbar noch keine fachärztliche psychiatrische Abklärung oder gar eine psychiatrische Behandlung erforderlich gemacht hat. Dass eine solche trotz des bereits im Juli 2015 festgehaltenen Beginns der „depressiven Entwicklung“ bis anhin eingeleitet worden wäre, lässt sich jedenfalls weder den Akten entnehmen noch wird dies vom Versicherten geltend gemacht. Zu berücksichtigen ist sodann, dass Dr. C.____ in seinem Schreiben vom 19. September 2017 nebst der ausgeprägten depressiven Komponente vor allem psychosoziale Belastungsfaktoren wie „das in die Brüche gegangene gesamte Beziehungsnetz“, die fehlende berufliche Perspektive oder die drohende IV-Ablehnung anführt, die hauptsächlich für das aktuelle - von ihm so bezeichnete - „kumulative Schlamassel“ des Versicherten verantwortlich sein dürften. Wie auch die IV-Stelle zu Recht festhält, kommt aber solchen belastenden psychosozialen Faktoren im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden kein Krankheitswert zu (vgl. dazu E. 2.3 hiervor). Ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Beschwerdeführer schliesslich mit dem Einwand, der RAD-Arzt Dr. H.____ sei als Facharzt für Orthopädische Chirurgie wenig befähigt, die Notwendigkeit einer psychiatrischen Abklärung zu beurteilen. Wie vorstehend ausgeführt, lässt sich den Berichten der RAD-Psychiaterin I.____ und des Hausarztes Dr. C.____ keine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose entnehmen. Ebenso hat Dr. C.____ bis anhin offenbar keine fachärztliche psychiatrische Abklärung oder gar Behandlung als erforderlich erachtet (und in die Wege geleitet). Vor diesem Hintergrund war der RAD-Arzt Dr. H.____, welcher für die IV-Stelle in erster Linie den medizinischen Sachverhalt aus somatischer Sicht zu beurteilen hatte, zweifellos auch als nicht-psychiatrischer Facharzt durchaus in der Lage, die Notwendigkeit zusätzlicher psychiatrischer Abklärungen abzuschätzen und eine solche zu verneinen.

5.6 Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die IV-Stelle den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu Recht nicht zusätzlich aus psychiatrischer Sicht hat abklären lassen. Somit kann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers vielmehr festgehalten werden, dass die IV-Stelle den medizinischen Sachverhalt vor Erlass der rentenablehnenden Verfügung ausreichend abgeklärt hat. Sie durfte sich demnach bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten abschliessend auf die Ergebnisse stützen, zu denen der RAD-Arzt Dr. H.____ in seinen Beurteilungen vom 21. März 2017 und 28. September 2017 gelangt ist.

6.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

6.2 Die IV-Stelle hat in der angefochtenen Verfügung vom 24. Oktober 2017 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Da der Versicherte seit Eintritt der Gesundheitsschädigung keine ihm zumutbare leidensadaptierte Verweistätigkeit ausübt, hat die IV-Stelle das Invalideneinkommen zu Recht unter Beizug der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik festgesetzt (vgl. dazu BGE 126 V 76 E. 3b/bb mit Hinweisen und 124 V 322 E. 3b/aa). Auf diese Weise hat sie - auf der Basis einer durch den RAD-Arzt Dr. H.____ attestierten vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit - ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 66'652.-- errechnet. Anschliessend hat sie diesen Betrag dem Valideneinkommen von Fr. 68'260.-- gegenüber gestellt und so einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 2 % ermittelt. Die konkrete Berechnung, die vom Versicherten in der vorliegenden Beschwerde nicht beanstandet worden ist, erweist sich als rechters. Unter diesen Umständen kann hier von weiteren Erörterungen zum vorinstanzlichen Einkommensvergleich abgesehen und stattdessen auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der genannten Verfügung verwiesen werden.

7.1 Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 24. Oktober 2017 einen Rentenanspruch des Versicherten zu Recht abgelehnt hat. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

7.2 Zu ergänzen bleibt Folgendes: Sowohl in den medizinischen Unterlagen als auch in den Ausführungen des Rechtsvertreters wird auf „fehlende kognitive Ressourcen“ des Versicherten hingewiesen. Offenbar hat er deswegen Schwierigkeiten, sich in geeigneter Weise um eine einfach strukturierte, zumutbare Verweistätigkeit ausserhalb seines bisherigen Betätigungsfeldes zu bemühen, geschweige denn eine entsprechende Arbeitsstelle zu finden. Im

Wissen um diese Problematik hat denn auch Dr. C._____ in seinem Schreiben vom 19. September 2017 das Anliegen geäußert, dass dem Versicherten sehr gedient wäre, wenn ihm die IV-Stelle helfen würde, eine geeignete Erwerbstätigkeit zu finden. Wohl nicht zuletzt als Reaktion auf diesen Hinweis des Hausarztes hat die IV-Stelle dem Versicherten in ihrer Vernehmlassung vom 26. Januar 2018 explizit eine Unterstützung in Form von Arbeitsvermittlung in Aussicht gestellt und ihn darauf hingewiesen, dass er sich jederzeit an die IV-Stelle wenden könne, falls er eine solche wünsche. Der Versicherte ist deshalb auch an dieser Stelle nochmals ausdrücklich auf diese Möglichkeit bzw. auf die entsprechende Bereitschaft der IV-Stelle aufmerksam zu machen.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 200-1000 Franken 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 800 Franken fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 2. Januar 2018 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

8.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer in der Verfügung vom 2. Januar 2018 die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 13. März 2018 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 4,55 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 40.90. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'026.40 (4,55 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 40.90 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer auf Fr. 750.90 bzw. 7,7 % Mehrwertsteuer auf Fr. 200.--) aus der Gerichtskasse auszurichten.

8.3 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. 1'026.40 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer auf Fr. 750.90 bzw. 7,7 % Mehrwertsteuer auf Fr. 200.--) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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