



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. Juni 2012 (720 12 43)

Invalidenversicherung

Anspruch auf eine Invalidenrente

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler
Parteien	A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Marco Albrecht, Advokat, Hauptstrasse 54, 4132 Muttensz gegen IV-Stelle Basel-Landschaft , Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente (756.7709.4365.21)

A. Der 1961 geborene A.____ arbeitete von Anfang Dezember 1991 bis Ende Dezember 2004 als selbstständiger Gipser. Ab 1. Januar 2005 war er in seinem eigenen Geschäft B.____ angestellt. Am 8. November 2006 stürzte er von einem Baugerüst aus etwa vier Metern Höhe und erlitt dabei eine Wirbelimpressionsfraktur. Für die Unfallfolgen sprach die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) dem Versicherten mit Verfügung vom 24. November 2008 eine Invalidenrente aufgrund einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit von 41 % mit Wirkung ab 1. November 2008 und eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von

27,5 % zu. Dieser Rentenentscheid wurde mit Einspracheentscheid vom 6. April 2009 bestätigt. Am 27. Juli 2007 meldete sich A.____ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Vom 28. Januar 2008 bis 27. April 2008 erfolgte eine berufliche Abklärung in der C.____, welche keine wirtschaftliche Verwertbarkeit der Leistungen des Versicherten auf dem freien Arbeitsmarkt ergab. In der Folge schloss die IV-Stelle Basel-Landschaft die beruflichen Massnahmen am 27. Mai 2008 ab und prüfte den Anspruch auf eine Invalidenrente. Mit Verfügung vom 30. Dezember 2011 lehnte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidsverfahren den Anspruch von A.____ auf eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 33 % ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Marco Albrecht, am 6. Februar 2012 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Angelegenheit zur Abklärung des Sachverhalts einem Obergutachter zu übergeben oder an die IV-Stelle zurückzuweisen. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer ab 1. Juli 2008 mindestens eine Viertelsrente zuzusprechen; unter o/e Kostenfolge. In der Begründung wurde insbesondere die Zuverlässigkeit des von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachtens ans D.____ beanstandet. Es sei auch nicht nachvollziehbar, wie die Gutachter in der Lage sein sollten, rückwirkend auf vier Jahre die Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Februar 2007 zu beurteilen. Zudem bestehe ein Widerspruch zwischen der Beurteilung des D.____ und derjenigen der C.____. Der monatelangen Beobachtung durch die C.____ sei mehr Gewicht beizumessen als einer einmaligen Untersuchung durch den Orthopäden des D.____. Schliesslich sei das von der IV-Stelle ermittelte Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 71'278.-- angesichts der dem Beschwerdeführer zumutbaren Hilfsarbeiten viel zu hoch und aufgrund der invaliditätsbedingten Beeinträchtigungen sei der vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % zu tief.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 16. April 2012 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob der Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 1. Juni 1959 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). Als Invalidität gilt nach Art. 8 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 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).

1.2 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.

1.3 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

2. Ausgangspunkt der Ermittlung eines Rentenanspruchs bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

2.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

2.2 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: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

2.3 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).

2.4 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen 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 Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

3.1 Den Unfallakten ist zu entnehmen, dass der Versicherte am 8. November 2006 aus ca. 5 m Höhe stürzte und dabei eine stabile Brustwirbelkörper-Impressionsfraktur (Wirbelhöhe 8 und 11) und eine Rissquetschwunde am linken Ohr erlitt. Als weitere Diagnosen wurden ein subakutes lumbovertebrales Syndrom bei Diskopathie L3/4, bei leichtgradigen Chondrosen L3/4 und L4/5, bei Diskushernie L4/5 links und bei hypertropher Spondylarthrose L4/5 sowie eine gemischte Hyperlipidämie aufgeführt. Der Versicherte war vom Unfallzeitpunkt bis 15. November 2006 im E._____ hospitalisiert (vgl. Austrittsbericht vom 16. November 2006). Zur Therapie trug der Versicherte bis Ende Februar 2007 ein Dreipunktekorsett. Ein Arbeitsversuch per 2. April 2007 scheiterte beschwerdebedingt. Da die Schmerzen am thorakolumbalen Übergang

persistierten hielt er sich vom 22. Mai 2007 bis 3. Juli 2007 auf Empfehlung des SUVA-Kreisarztes in der F.____ auf (Bericht des SUVA-Arztes Dr. med. G.____, FMH Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 18. April 2007). Gemäss den behandelnden Ärzten bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr in der angestammten Tätigkeit als Gipser. Dagegen sei es dem Versicherten möglich, eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne wiederholtes Beugen und Wiederaufrichten des Oberkörpers und ohne länger andauernde nach vorn geneigte sowie verdrehte Position des Oberkörpers auszuführen (vgl. Kurzbericht vom 4. Juli 2007 und Austrittsbericht vom 11. Juli 2007). Dieser Ansicht schloss sich der Hausarzt Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Medizin, mit Bericht vom 26. August 2007 an. Der SUVA-Arzt Dr. med. I.____, FMH Chirurgie, hielt in seinem Kreisarztbericht vom 12. November 2007 fest, dass die Wirbelsäulenfunktion bei veränderter Statik deutlich eingeschränkt bleibe. Die angestammte Tätigkeit als Gipser sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Die Ausübung leichter wechselbelastender seinem Leiden angepasster Arbeiten sei jedoch ganztags möglich.

3.2 Vom 28. Januar 2008 bis 27. April 2008 wurde der Versicherte in der C.____ beruflich abgeklärt. Im Abschlussbericht vom 28. April 2008 wurde festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten in den drei Monaten verschlechtert habe. Die Schmerzen hätten zugenommen und die Bewegungen des Versicherten seien vorsichtig und verlangsamt gewesen. Er habe jeweils Schonhaltungen eingenommen und alle 30 Minuten Kurzpausen benötigt. Seine Konzentration und seine Leistungsfähigkeit hätten mit zunehmenden Schmerzen abgenommen. Zudem sei er vom Hausarzt ab 7. April 2008 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Der Versicherte habe motiviert gewirkt und seine Arbeit als sehr positiv erlebt. Er sei zum Teil trotz der Schmerzen bei der Arbeit geblieben. Er sei zuverlässig, habe ein gutes Auffassungsvermögen und die Qualität seiner Arbeit sei gut. Die Eingliederung in den Arbeitsmarkt sei aufgrund der Schmerzen nicht möglich. Auch eine Pensumsteigerung über 50 % sei nicht durchführbar gewesen. Der Versicherte könnte aufgrund seiner handwerklichen Fähigkeiten und seinem guten Auffassungsvermögen überall in der leichten Industriemontage im Rahmen eines Teilzeitpensums von 50 % eingesetzt werden. Dabei sollten es leichte körperliche Arbeiten sein, welche keine Bewegungen über Schulterhöhe, kein Tragen von Gewichten über 5 kg beinhalteten und bei welchen die Möglichkeit für Kurzpausen bestehe. Bei einem 50%-Pensum betrage die Gesamtarbeitsleistung 25 %. Im Abschlussbericht der beruflichen Massnahmen vom 14. Mai 2008 wurden die Ausführungen im Bericht der C.____ bestätigt und festgehalten, dass der Versicherte in der Privatwirtschaft nicht vermittelbar sei.

3.3 Der Hausarzt Dr. H.____ überwies den Versicherten wegen chronischen Rückenschmerzen ins E.____, wo er sich vom 4. Januar 2010 bis 2. Februar 2010 aufhielt. In der Eintrittsuntersuchung seien keine neurologischen Defizite feststellbar gewesen. Bei Belastungen seien ausgeprägte Muskelverspannungen paravertebral mit triggerbaren Schmerzen im Lenden- und Brustwirbelbereich ersichtlich gewesen. Die Röntgenbilder zeigten keine Zeichen von Arthrose oder einer Impingement-Symptomatik (vgl. Berichte vom 1. und 5. Februar 2010).

3.4 Zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts beauftragte die IV-Stelle das D.____ mit der Begutachtung des Versicherten. Dabei wurde der Versicherte in internistischer, psychiatrischer, orthopädischer und otorhinolaryngologischer Hinsicht untersucht. Im Gutachten vom

22. Februar 2011 nannten die Experten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches thorakal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik mit leichter Keilwirbelbildung und zentralem bis leicht ventralem ossärem Defekt in den Wirbelkörpern Th8 und Th11 sowie leichter Keilwirbelbildung Th7 bei Status nach Deckplattenimpressionsfraktur bei Diskushernie L4/5 ohne eindeutig fassbare Neurokompression, einer weitgehend zentral kompensierten peripheren vestibulären Funktionsstörung rechts, einer Symptomausweitung und einem Eindruck eines nicht immer ganz adäquaten Schmerzverhaltens. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die leichte posttraumatische Belastungsstörung, die Adipositas, die gemischte Hyperlipidämie und der fortgesetzte Nikotinkonsum. In der orthopädischen Beurteilung führte Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, dass sich die vom Exploranden angegebenen Beschwerden aufgrund der objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden qualitativ zwar erklären liessen, wenn auch nicht im beklagten Ausmass. Es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen dem Bewegungsumfang bei Kopfdrehungen in der Untersuchungssituation und bei spontanen Bewegungen. Bei Status nach mehreren traumatischen Wirbelkörperfrakturen liege mit Sicherheit eine verminderte Belastbarkeit des ganzen Rumpfes vor. Aus orthopädischer Sicht sei dem Versicherten die zuletzt ausgeübte körperlich schwere Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar. Hingegen bestehe für sämtliche körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Position eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Dabei sollten ein Hebe- und Traglimit von 10 kg nicht überschritten und keine Zwangshaltungen des Rumpfes eingenommen werden oder repetitive Überkopfbewegungen der Arme notwendig sein. Dr. med. K.____, FMH Oto-Rhino-Laryngologie, stellte fest, dass die weitgehend zentral kompensierte periphere vestibuläre Funktionsstörung rechts bei unauffälliger cochleärer Funktion auditiv lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehe, indem sturzgefährdende Tätigkeiten nicht geeignet seien. Aus internistischer und psychiatrischer Sicht konnten Dr. med. L.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. M.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnosen stellen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Dr. M.____ wies zwar darauf hin, dass der Versicherte an einer leichten posttraumatischen Belastungsstörung leide, weil er unter Albträumen leide, Angst verspüre, wenn er in der Nähe von Baugerüsten vorbeikomme und klaustrophobische Ängste aufweise. Diese Störung sei jedoch mild, so dass sie keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Es seien ihm einzig Tätigkeiten auf Gerüsten nicht mehr zumutbar. In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Versicherte die angestammte Tätigkeit als Gipser nicht mehr ausführen könne. Hingegen bestehe für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Sturzgefährdung eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Akten sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei dem Versicherten die Ausübung einer adaptierten Tätigkeit nach einer Rehabilitationsphase von etwa 3 Monaten nach dem Sturzereignis zuzumuten.

3.5 In seiner Stellungnahme vom 10. Mai 2011 schloss sich Dr. med. N.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), der Beurteilung der Gutachter des D.____ vom 22. Februar 2011 an. Bezüglich des Beginns der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit verwies er auf die Ausführungen von Dr. J.____ im Gutachten, die Berichte von Dr. I.____ vom 12. November 2007 und der F.____ vom 11. Juli 2007. Gemäss die-

sen Beurteilungen sei es nachvollziehbar, dass eine Verweistätigkeit bereits ab ca. 3 Monate nach dem Unfallereignis, d.h. ab März 2007, zumutbar gewesen sei (vgl. auch RAD-Stellungnahmen vom 4. Oktober 2011 und 2. April 2012).

5.1 Die IV-Stelle stellte in ihrer angefochtenen Verfügung vom 19. April 2011 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse ab, zu denen die Experten des D.____ in ihrem Gutachten vom 22. Februar 2011 gelangten. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Versicherten die Ausübung einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Sturzgefährdung im Umfang von 100 % zumutbar sei. Diese Beurteilung der Vorinstanz ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 2.4 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen keine vor. Die Gutachter haben den Versicherten eingehend und umfassend untersucht, sie gehen in ihren ausführlichen Fachgutachten einlässlich auf dessen Beschwerden ein, sie setzen sich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und sie vermitteln so ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten.

5.2 Was der Versicherte vorbrachte, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens des D.____ in Frage zu stellen. Er machte insbesondere geltend, die Gutachter würden dem Versicherten eine "fixierte Invaliditätsüberzeugung" vorwerfen und damit seine Position im vorliegenden Verfahren massiv abschwächen. Eine derartige Beurteilung lasse sich mit der mehrjährigen freiwilligen Arbeit des Versicherten in der C.____ nicht vereinbaren. Würde der Versicherte "auf der faulen Haut liegen" wollen, so würde er kaum seit fast vier Jahren ein 50%-Arbeitspensum auf sich nehmen. Dazu komme, dass die Begehrungsneurose von einem Orthopäden, nicht aber von einem Psychiater diagnostiziert worden sei. Die angebliche Selbstlimitation sei gemäss Gutachten des D.____ auf ein psychisches Leiden zurückzuführen. Im psychiatrischen Teilgutachten sei aber auf diese Problematik nicht eingegangen worden, weshalb das Gutachten des D.____ unvollständig sei. Dieser Betrachtungsweise kann nicht gefolgt werden. Dr. J.____ erklärte ausführlich und einleuchtend, weshalb er beim Versicherten von einer gewissen Selbstlimitation ausgehe. So stellte er fest, dass sich das Schmerzverhalten zwischen der fokussierten Untersuchung und den spontanen Bewegungen stark unterschieden habe. Insbesondere bei der Kopfbeweglichkeit sei aufgefallen, dass dem Versicherten bei der Untersuchung nur ein geringer Bewegungsumfang möglich gewesen sei, er aber in der Bauchlage den Kopf ausgezeichnet habe reklinieren können. Obwohl der Versicherte deutliche linksbetonte Druckdolenzen und ausgeprägte Nackenbeschwerden angegeben habe, konnte Dr. J.____ keine Verspannungen bei der sehr kräftig entwickelten Nackenmuskulatur feststellen. Desgleichen habe der Versicherte problemlos die Hockstellung einnehmen können. Er habe sich aber jeweils unter Hinweis auf Rückenschmerzen wieder spontan aufgerichtet. Dieser Vorgang sei jedoch aufgrund der orthograden Haltung des Rumpfes nicht nachvollziehbar. Ein ähnliches Bild habe sich bei der Untersuchung des Rumpfes gezeigt, wo sich bei der Inklination eine deutliche Einschränkung des Finger-Boden-Abstands (= 51 cm) gezeigt habe. Beim Lang-

sitz habe sich der Finger-Boden-Abstand dagegen auf ca. 35 cm reduziert. Die Untersuchung der unteren Extremitäten sei vor allem in den Hüften und etwas weniger auch an den Knien von einer deutlichen muskulären Abwehrspannung begleitet gewesen. Dabei habe der Versicherte über thorakale Rückenschmerzen geklagt. Diese Beschwerden seien unter Berücksichtigung der spontanen Bewegungen beim An- und Auskleiden nicht ganz plausibel. Aufgrund dieser Ausführungen ist nachvollziehbar, dass sich Dr. J.____ die Frage stellte, ob die Ursache der teilweisen deutlichen Selbstlimitation und des Schmerzverhaltens im psychischen Bereich liege. Dr. M.____ konnte jedoch aufgrund seiner objektiven Befunde keine Anhaltspunkte für eine psychische Erkrankung finden, welche die Selbstlimitation hätten erklären können. Selbst wenn sich Dr. M.____ anlässlich seiner Untersuchung mit dieser Problematik nur am Rande befasst hätte, musste er sich spätestens in der Konsensbesprechung mit der vom Orthopäden aufgeworfenen Frage der Selbstlimitation auseinandersetzen. Er kam aber hierbei zum Schluss, dass es dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht zuzumuten sei, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um eine leichte leidensangepasste Tätigkeit vollzeitlich auszuführen.

5.3 Daran ändert auch der Bericht der C.____ vom 28. April 2008 nichts, welcher ein vom Gutachten des D.____ abweichendes Bild hinsichtlich der dem Versicherten verbliebenen Arbeitsfähigkeit gibt. Wie das Kantonsgericht bereits bei der Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der Unfallversicherung ausführte, kann auf diesen Bericht nicht abgestellt werden. Die Beurteilung der C.____ beruht lediglich auf einer Beschreibung der Schmerzsymptomatik, in welche vorwiegend die subjektive Haltung des Versicherten Eingang in die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit findet, ohne dass die objektiven Umstände gewürdigt werden (vgl. Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 14. Oktober 2009, 725 09 131/248).

5.4 In Bezug auf den Einwand der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter des D.____ ist festzustellen, dass auch dieser keinen anderen Schluss zulässt. Wie der RAD-Arzt Dr. N.____ am 10. Mai 2011 richtig feststellte, stützten sich die Experten des D.____ auf echtzeitliche Berichte und früher attestierte Arbeitsunfähigkeiten. So gingen die behandelnden Ärzte der F.____, der Hausarzt Dr. H.____ und der SUVA-Kreisarzt Dr. I.____ davon aus, dass eine volle Arbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit ab Frühling 2007 bestand (vgl. Berichte der F.____ vom 4. und 11. Juli 2007, von Dr. H.____ vom 26. August 2007 und von Dr. I.____ vom 12. November 2007).

5.5 Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu, so kann auf die von ihm beantragte Anordnung von weiteren medizinischen Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

5.6 Damit ist festzuhalten, dass es dem Versicherten gestützt auf das Gutachten des D.____ vom 22. Februar 2011 zumutbar ist, eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Sturzgefährdung ab Frühling 2007 zu 100 % auszuführen.

6.1 Der Invaliditätsgrad ist bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG, vgl. auch Erwägung 1.3). Die IV-Stelle nahm in der angefochtenen Verfügung vom 30. Dezember 2011 zur Ermittlung der Einschränkung des Versicherten im Erwerbsbereich den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ermittelte sie anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen einen Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 33 %. Der Versicherte beanstandete im Zusammenhang mit der konkreten Berechnung, dass die Erzielung eines Invalideneinkommens in Höhe von Fr. 71'278.-- (recte: Fr. 64'150.--) unrealistisch sei. Es könne höchstens mit einem Einkommen von Fr. 54'000.-- gerechnet werden. Ausserdem sei ein höherer Abzug als 10 % vom Tabellenlohn vorzunehmen.

6.2 Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) sind unbestrittenermassen die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik beizuziehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die versicherte Person - wie hier - nach Eintritt des Gesundheitsschadens bis zum hier massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (BGE 126 V 76 f. E. 3b/bb). Die IV-Stelle ermittelte das Invalideneinkommen deshalb zu Recht unter Bezug der Tabellenlöhne. Dabei stützte sie sich auf das Anforderungsniveau 3, mit der Begründung, der Versicherte habe über 10 Jahre ein Gipsergeschäft geführt und verfüge somit über langjährige Berufserfahrung und gute Berufskenntnisse. Zudem sei gemäss Handelsregistrauszug, wonach er immer noch als Gesellschafter, Geschäftsführer und Liquidator eingetragen sei, davon auszugehen, dass er "im Geschäft immer noch eine Funktion inne" habe. Dieser Auffassung kann nicht zugestimmt werden. Da der Versicherte aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen lediglich noch leichte leidensangepasste Arbeiten zu verrichten vermag, wird er nur noch Tätigkeiten für Hilfsarbeiter oder Angestellte ohne Berufsausbildung ausführen können, bei welchen er seine beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten sowie seine mehrjährige Berufserfahrung als Gipser nicht mehr oder höchstens in geringem Masse verwerten kann. Aus der Formulierung, der Versicherte habe "im Geschäft immer noch eine Funktion inne" ist zu schliessen, dass die IV-Stelle annimmt, der Versicherte nehme als Gesellschafter, Geschäftsführer und Liquidator Führungsaufgaben und anspruchsvolle Arbeiten wahr. Gemäss den Akten trifft diese Annahme jedoch nicht zu. Der Versicherte führte die B._____ mit einem Geschäftspartner. Daneben beschäftigten sie einen weiteren Gipser vollzeitlich und eine Sekretärin in einem Teilzeitpensum von 30 %. Die Personalplanung und -leitung bedurfte daher keiner anspruchsvollen Organisation. Seine Geschäftstätigkeit beschränkte sich auf die Ausführung von Gipserarbeiten. Für Besprechungen und Kontrollarbeiten vor Ort setzte er rund 10 % seines Arbeitspensums ein. Um administrative Angelegenheiten, wie z.B. Offerten und Abrechnungen erstellen, musste er sich nicht kümmern (vgl. Aktennotiz SUVA vom 28. September 2007). Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Versicherte in seinem Gipserbetrieb als Gesellschafter und Geschäftsführer keine qualifizierten Führungsaufgaben wahrzunehmen hatte. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist daher auf den Tabellenlohn für das Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Arbeiten) abzustellen.

6.3 Gemäss Tabelle TA1 der LSE 2006 belief sich der monatliche Bruttolohn für die im privaten Sektor mit einfachen und repetitiven Aufgaben (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Männer gemäss Tabelle TA1 der LSE 2006, Total, auf Fr. 4'732.-- (bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden). Umgerechnet auf eine Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft, 1/2/2012, S. 94, Tabelle B 9.2) beträgt das Jahreseinkommen im Jahr 2006 Fr. 59'197.--. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2007 von 1,6 % resultiert ein Invalideneinkommen von rund Fr. 60'144.--.

6.4.1 Gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte, die nicht mehr voll leistungsfähig sind, haben erfahrungsgemäss eine Reduktion des üblichen Lohnansatzes hinzunehmen. Von einem anhand der Tabellenlöhne der LSE erhobenen Invalideneinkommen sind deshalb praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen (BGE 126 V 80 E. 5b).

6.4.2 Vorliegend sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten in der Beurteilung des zumutbaren Leistungsprofils bereits ausreichend berücksichtigt worden. Laut den massgebenden medizinischen Beurteilungen ist der Versicherte in der Lage, leichte, wechselbelastende, leidensangepasste Tätigkeiten im Umfang von 100 % ohne Leistungseinbussen zu verrichten. Weitere Kriterien, welche die Vornahme eines Abzuges vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich. Weder das Alter noch die Nationalität rechtfertigen beim Invalideneinkommen, welches auf dem Anforderungsniveau 4 für einfache und repetitive Tätigkeiten beruht, einen zusätzlichen Abzug (vgl. BGE 126 V 79 E. 5a/cc; Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2009, 8C_887/2008, E. 5.4).

6.4.3 Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die IV-Stelle im Rahmen ihres Einkommensvergleichs bei der Ermittlung des Invalideneinkommens einen leidensbedingten Abzug von 10 % gewährte. Dieser Abzug wurde im Zusammenhang des gestützt auf das Anforderungsniveau 3 ermittelten Tabellenlohnes gewährt und ist ausserdem als äusserst grosszügig zu bezeichnen. Bei Tätigkeiten im Anforderungsniveau 4 ist dagegen ein Tabellenabzug nicht gerechtfertigt. Es sind keine Anhaltspunkte zu erblicken, wonach der Versicherte aufgrund seiner gesundheitsbedingten Einschränkungen auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt einen nur unterdurchschnittlichen Lohn zu erzielen in der Lage wäre.

6.5 Setzt man im Einkommensvergleich ein Invalideneinkommen von Fr. 60'144.-- dem unbestritten gebliebenen Valideneinkommen von Fr. 96'000.-- gegenüber, so resultiert daraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 35'856.--, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 37 % ergibt (vgl. zur Rundungsregel: BGE 130 V 121 ff.). Da der von der IV-Stelle ermittelte Invaliditätsgrad von 37 % unter dem für einen Rentenanspruch mindestens erforderlichen Invaliditätsgrad von 40 % liegt, hat der Versicherte keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die von der IV-Stelle

verfügte Ablehnung des Rentenanspruchs ist demnach nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

7.1 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 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. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind.

7.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet..
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 11. September 2012 beim Bundesgerichts (Verfahren-Nr. [9C 705/2012](#)) erhoben.

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