



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

**vom 16. Februar 2012 (720 11 253 / 47)**

---

**Invalidenversicherung**

**IV-Rente (Prüfung der Anspruchsberechtigung bei umstrittenem medizinischem Sachverhalt)**

**Besetzung** Präsidentin Eva Meuli Ziegler, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Elisabeth Joller

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 28, 4143 Dornach 1

gegen

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

**Betreff** IV-Rente

A. Der 1956 geborene A.\_\_\_\_ arbeitete von 1988 bis 2004 zu 100% als Automechaniker in einer Garage in X.\_\_\_\_. Seit 2007 ist er selbständig in einer Autowerkstatt tätig. Am 10. Oktober 2006 meldete er sich unter Hinweis auf eine Depression sowie Rücken- und Gelenksschmerzen seit Dezember 2004 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) den medizinischen und erwerblichen Sachverhalt abgeklärt hatte, ermittelte sie beim Versicherten in Anwendung der allgemeinen Einkommensvergleichsmethode einen Invaliditätsgrad von 20%. Gestützt auf dieses Ergebnis und nach Durchführung des Vorbescheidsverfahrens wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 21.

Mai 2008 einen Anspruch von A.\_\_\_\_ auf eine Invalidenrente ab. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Daniel Altermatt, Advokat in Dornach, am 23. Juni 2008 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Die Beschwerde wurde im Wesentlichen damit begründet, dass das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, und Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Mai 2007 mangelhaft und deshalb als Entscheidungsgrundlage nicht geeignet sei. Mit Urteil vom 21. November 2008 hiess das Kantonsgericht die Beschwerde in dem Sinne gut, als die Verfügung vom 21. Mai 2008 aufgehoben wurde und die Sache zur erneuten Abklärung an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde. Zur Begründung führte das Kantonsgericht aus, die Beurteilung Dr. C.\_\_\_\_'s habe relevante Fragen offen gelassen und enthalte insbesondere keine umfassende Prüfung der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD). Die IV-Stelle gab daraufhin ein neues psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag. Im Gutachten vom 10. Januar 2009 (recte: 2010) kam Dr. D.\_\_\_\_ zum Schluss, dass bei A.\_\_\_\_ keine PTSD vorliege. Er diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine leichtgradig ausgeprägte rezidivierende depressive Störung und attestierte ihm unter den Bedingungen der freien Wirtschaft eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Gestützt darauf ermittelte die IV-Stelle bei A.\_\_\_\_ einen Invaliditätsgrad von 24% und wies einen Rentenanspruch nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 6. Juni 2011 ab.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, weiterhin vertreten durch Advokat Altermatt, am 11. Juli 2011 Beschwerde beim Kantonsgericht. Er beantragte unter o/e Kostenfolge, die Verfügung vom 6. Juni 2011 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, neuerliche medizinische Abklärungen vorzunehmen. Die Beschwerde wurde damit begründet, dass das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ in mehrerer Hinsicht Mängel aufweise. In formeller Hinsicht gehe es nicht an, dass Dr. D.\_\_\_\_ sein Gutachten erst ein halbes Jahr nach der Untersuchung verfasst habe. Sodann müsse die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_, wonach beim Beschwerdeführer lediglich eine leichtgradige depressive Störung bestehen solle, in verschiedener Hinsicht kritisiert werden. Schliesslich sei auch die von Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung nicht nachvollziehbar, da dies im Widerspruch zu den Diagnosen stünde, die der Hausarzt, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, erhoben habe. Angesichts der vom Hausarzt gestellten somatischen Diagnosen dränge sich eine neuerliche somatische Begutachtung des Beschwerdeführers auf. Auf das rheumatologische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2007 könne nicht mehr abgestellt werden.

C. Die IV-Stelle liess sich am 20. Dezember 2012 vernehmen und beantragte die Abweisung der Beschwerde. Sie habe sich in ihrer Verfügung vom 6. Juni 2011 vollumfänglich auf das rheumatologische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2007 sowie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2010 gestützt. Die beiden erwähnten Gutachten seien in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und enthielten begründete Schlussfolgerungen. Auf das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ könne weiterhin abgestellt werden, da die im Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ erwähnten Diagnosen damals bereits alle gewürdigt worden seien und somit keine neuen somatischen Sachverhalte hinzugekommen seien. Die IV-Stelle wies zudem sämtliche Einwände gegen das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ ab. Die vorgebrachten Gründe seien nicht geeignet, von der psychiatrischen Beurteilung abzuweichen.

D. Am 17. Januar 2012 liess der Beschwerdeführer dem Kantonsgericht einen Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Juli 2011 zu den Akten reichen. Aus den Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ ergebe sich, dass nicht länger auf die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ abgestellt werden können. Es sei daher eine neue interdisziplinäre Begutachtung durchzuführen, welche mit Blick auf die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011, 9C\_243/2010) durch das Gericht anzuordnen sei.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, 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 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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. 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. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG).

3.1 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 Invalidi-

tätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit 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 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

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 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 EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

3.4 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (MEYER-BLASER ULRICH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2. Auflage, Zürich 2010, S. 353; BGE 125 V 353, BGE 122 V 162 E. 1c, 120 V 367 E. 3b). Im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt zwischen Behandlung und Begutachtung kann - namentlich in umstrittenen Fällen - auch nicht unbedacht auf die Angaben des behandelnden Spezialisten abgestellt werden (Urteil des EVG vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2). Dies gilt allerdings nicht im Sinne einer Beweisformel, wonach Berichte behandelnder Ärzte in der Regel von vornherein weniger Beweiswert hätten, sondern sie sind unvoreingenommen auf ihre Beweiskraft zu prüfen. Zu beachten und bei der Entscheidungsfindung zu gewichten ist in diesem Zusammenhang, dass Hausärzte in der Regel die einzigen Medizinalpersonen sind, die über eine Langzeitbeobachtung berichten können (LOCHER THOMAS, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 452). Sind keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, die die Glaubwürdigkeit ärztlicher At-

teste zu erschüttern vermögen, ist es unzulässig, die Angaben behandelnder Ärzte bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Vertrauensstellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte beispielsweise einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (LOCHER, a.a.O., S. 453).

4. Für die Beurteilung des vorliegenden Falles sind die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen (vgl. hierzu auch das im vorgängigen Beschwerdeverfahren ergangene Urteil des Kantonsgerichts vom 21. November 2008, E. 5.1 ff.):

4.1 Nach der Anmeldung des Versicherten zum Leistungsbezug holte die IV-Stelle zunächst die Unterlagen der zuständigen Krankentaggeldversicherung (SWICA) und einen Bericht des Hausarztes des Versicherten, Dr. E.\_\_\_\_, ein. Am 25./29. Januar 2007 diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Lumbovertebral- und Thorakovertebralsyndrom bei post-traumatischer Belastungsstörung (PTSD) mit somatogener Schmerzstörung und depressiven Episoden. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsmechaniker bestehe vom 15. Februar 2004 bis 30. Juni 2005 eine vollständige und ab 1. Juli 2005 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Wegen den Schmerzen und der schnellen Ermüdbarkeit sei dem Versicherten aktuell eine angepasste Tätigkeit von 4 bis 4,5 Stunden pro Tag zumutbar. Sobald sich der psychische Gesundheitszustand verbessert habe, sei eine Erhöhung der Arbeitszeit anzustreben.

4.2 Die IV-Stelle beauftragte Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ mit einer interdisziplinären Begutachtung. Im Bericht vom 29. Mai 2007 konnte der Rheumatologe Dr. B.\_\_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Klinisch finde sich eine Rückenfehlform mit Rundrücken, eine vor allem schmerzbedingte leichte Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS), die Brustwirbelsäule (BWS) sei altersentsprechend bei Rundrücken leicht eingeschränkt, aber schmerzfrei beweglich, die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) sei endphasig schmerzhaft und zeige eine Einschränkung von knapp einem Drittel. Es würden sich keine radikulären Zeichen an den oberen und unteren Extremitäten zeigen. Kraft, Sensibilität und Reflexbild seien unauffällig. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ eine leichtgradige depressive Störung (ICD-10: F32.0) und eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Der Explorand scheine bis zur Kündigung des Arbeitsvertrages durch den Arbeitgeber im Jahr 2004 psychisch keine relevanten Probleme gehabt zu haben. Die Kündigung habe bei ihm eine erhebliche Kränkung ausgelöst und eine depressive Störung hervorgerufen. Der Explorand zeige eine psychomotorische Angespanntheit, eine gewisse Ängstlichkeit und Affektverarmung, wirke in der Untersuchung etwas bedrückt und niedergeschlagen im Sinne einer leichtgradigen depressiven Störung. Andererseits zeige er eine unauffällige Sprachmotorik und ein unauffälliges Denken. Hinweise für eine Affektverflachung oder eine Affektlabilität würden fehlen. Nach Angaben des Versicherten sei die depressive Grundstimmung vor allem durch die Schmerzen mitgetragen bzw. begründet. Es sei deshalb eine Komorbidität zwischen einer leichtgradigen depressiven Störung und einer somatoformen Schmerzstörung zu bejahen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte um 20% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aus gesamtmedizinischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%, wobei nur die psychiatrische Einschränkung massgebend sei.

4.3 Am 6. März 2008 nahmen Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ im Rahmen des Vorbescheidverfahrens zu den Einwänden des Versicherten in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt Stellung. Sie führten aus, dass an der Beurteilung im Gutachten vom 29. Mai 2007 festgehalten werde. In rheumatologischer Hinsicht habe das Cervico- und Lumbovertebralsyndrom keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In der klinischen Untersuchung habe zudem keine Skoliose imponiert, sondern vielmehr ein Rundrücken mit verstärkter BWS-Kyphose, ein Zustand, welcher bei 30% der Bevölkerung vorkomme und durchaus normal sei. Selbst eine leichte Skoliose würde per se keine Reduktion der Belastbarkeit der Wirbelsäule implizieren. Im Übrigen habe die Untersuchung den Verdacht auf eine Facettengelenksymptomatik nicht bestätigt. Die angegebenen lumbalen Beschwerden seien vielmehr auf eine psychogene Schmerzreaktion zurückzuführen. Aus psychiatrischer Sicht seien die Kriterien für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung klar erfüllt. In Bezug auf die von Dr. E.\_\_\_\_ am 25. Januar 2007 gestellte Diagnose der PTSD sei anzumerken, dass keinerlei Hinweise auf eine klinisch manifeste, regelrechte Angststörung bestehen würden. Es gebe aus der gesamten Anamnese der vergangenen Jahre keinerlei Hinweise dafür, dass das Verhalten des Exploranden in irgendeiner Weise durch diese Foltererfahrungen beeinträchtigt gewesen wäre. Sollten Auswirkungen im Sinne einer PTSD noch so viele Jahre danach nachhaltig Wirkung zeigen, so wäre dies nur im Rahmen einer entsprechenden Persönlichkeitsveränderung zu erklären. Eine solche würde beim Exploranden aber in keiner Weise vorliegen. Bei einer PTSD sei es nicht so, dass sich eine Persönlichkeitsveränderung nach Jahren manifestiere, ohne dass zwischenzeitlich irgendwelche andere Symptome dieser Störung aufgetreten wären. Alpträume alleine würden nicht genügen, um eine einzelne psychiatrische Diagnose stellen zu können. Eine PTSD könne beim Exploranden nicht ansatzweise diagnostiziert werden.

4.4 Am 14. Mai 2008 führte Dr. E.\_\_\_\_ im Wesentlichen aus, dass der Versicherte seit den Foltererfahrungen in der Türkei oft unruhig, angespannt, verstimmt, ängstlich reizbar sei und an Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie an Nacken-, Kopf- und Kreuzschmerzen leide. Seit der Kündigung seiner Arbeitsstelle habe sich sein Gesundheitszustand verschlechtert. Er sei schnell verspannt und müde, arbeite jedoch so viel er könne, d.h. 50% in 6 bis 8 Stunden.

4.5 Im konsiliarischen Untersuchungsbericht vom 25. Oktober 2008 führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, dass der Versicherte das Vollbild einer PTSD mit den klassischen vier clusterartigen Symptomgruppen (Intrusionen, Vermeidungsverhalten, Schreckhaftigkeit und Numbing) zeige. Die Symptombdauer betrage mehr als 20 Jahre. Die Schilderungen des Versicherten seien glaubhaft und er aggraviere seine Beschwerden nicht. Die Schmerzproblematik könne im Sinne einer Fibromyalgie im Rahmen einer chronischen PTSD gesehen werden. Die Arbeitsfähigkeit werde in erster Linie durch die Symptomatik der chronischen PTSD bestimmt. In einer angepassten Tätigkeit sei der Versicherte höchstens zu 50% arbeitsfähig. Die bisherigen psychiatrischen Beurteilungen würden die Bedeutung der traumatischen Erfahrungen des Versicherten für das Krankheitsgeschehen verkennen. Wenn ein Arzt nicht spezifisch nach den Krankheitssymptomen frage, werde er die Diagnose nicht stellen und wenn zudem die traumatischen Ereignisse längere Zeit zurücklägen, werde das Krankheitsbild durch komorbide Störungsbilder überlagert und dominiert, so dass die ursprüngliche Kausalität übersehen werden könne.

4.6 Das Kantonsgericht befand in seinem Urteil vom 21. November 2008 die rheumatologischen Beschwerden durch das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ für hinreichend abgeklärt. Hingegen erach-

tete es die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ als unvollständig, dies insbesondere, weil das Gutachten keine Hinweise auf eine umfassende Prüfung einer posttraumatischen Belastungsstörung enthalte und sich zudem aus den aktenkundigen fachärztlichen Berichten erhebliche Diskrepanzen ergäben. Das Kantonsgericht wies die Sache daher zur erneuten Abklärung an die IV-Stelle zurück.

4.7 Die IV-Stelle beauftragte daraufhin Dr. D.\_\_\_\_ mit der Erstellung eines psychiatrischen Fachgutachtens. In seinem Gutachten vom 10. Januar 2010 diagnostizierte er eine rezidivierende, zum Untersuchungszeitpunkt leichtgradig ausgeprägte depressive Störung. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. D.\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Diese Diagnosen würden gestützt durch die vorhandenen Arztberichte, die Eigenangaben des Beschwerdeführers sowie den aktuellen psychopathologischen und psychometrischen Untersuchungsbefund. Der Beschwerdeführer beschreibe Schulterschmerzen, lumbale Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schmerzen in den Knien sowie an den Fusssohlen. Für diese Beschwerden liege keine hinreichende organische Begründung vor. Als Belastungsfaktoren seien Foltererfahrungen, eine erschwerte Immigration und die Familienzerrüttung durch Trennung zu nennen. Gesamthaft seien die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung hinreichend erfüllt. Objektiv habe sich in der Untersuchungssituation ein leichtes depressives Syndrom gezeigt. Die Grundstimmung sei leicht gedrückt, nicht labil, die affektive Modulationsfähigkeit leicht vermindert gewesen. Der Antrieb sei leicht vermindert, Mimik und Gestik leicht eingebunden gewesen. Im formalen Gedankengang habe sich der Beschwerdeführer geordnet, nicht verlangsamt, dabei leicht eingeengt auf die erlebten Beschwerden gezeigt. Psychometrisch habe sich auf den beiden Fremdbeurteilungsskalen (Hamilton, Montgomery Asberg) ein leichtgradig ausgeprägtes depressives Syndrom abgebildet. Bezüglich einer posttraumatischen Belastungsstörung hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, eine solche habe zum Untersuchungszeitpunkt allenfalls in einer subsyndromalen Ausprägung bestanden. Der Beschwerdeführer habe gelegentliche Erinnerungen an das Trauma beschrieben, Zeichen eines Hyperarousals im engeren Sinne seien jedoch nicht vorhanden gewesen. Vielmehr habe ein Bild leichter depressiver Hemmung imponiert. Ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten im Rahmen einer posttraumatischen Genese sei aus den Schilderungen des Beschwerdeführers nicht ableitbar. Zeichen eines gravierenden sozialen Rückzugs seien angesichts vorhandener Aussenkontakte und regelmässiger Arbeitstätigkeit nicht feststellbar. Eine emotionale Taubheit sei dementsprechend ebenfalls nicht gegeben. Es bestehe eine leichte Interesse- und Antriebsminderung, die aber zwanglos im Rahmen der depressiven Störung erklärt werden könne. Auch in den Vorberichten und gutachterlichen Stellungnahmen, welche bis ins Jahr 1995 zurückreichten, sei ein syndromales Ausmass einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht belegt. Lediglich Dr. F.\_\_\_\_ habe im Rahmen einer konsiliarischen Untersuchung die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt. Hierzu sei allerdings festzuhalten, dass der Beschwerdeführer ca. drei Wochen zuvor eine Polizeiaktion über sich habe ergehen lassen müssen, was seine Schreckhaftigkeit in Bezug auf Polizisten auch mit jüngsten Ereignissen erklärbar mache; denkbar sei auch die Reaktivierung einer früherer posttraumatischen Belastungsstörung. Gesamthaft sei aus psychiatrischer Sicht nicht vom Vorliegen einer syndromalen posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, die leichtgradig ausgeprägte und zur Chronifizierung tendierende depressive Symptomatik sei als eine relevante, mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität zur somatoformen Schmerzstörung zu beurteilen, die dem Beschwerdeführer eine Willens-

anstrengung zur Beschwerdeüberwindung zwar leicht erschwere, jedoch keineswegs verunmögliche. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf der Konfliktbewältigung liege nicht vor und es bestehe kein relevanter sozialer Rückzug. Es bestehe aufgrund der somatoformen und zum Untersuchungszeitpunkt leichtgradig ausgeprägten depressiven Störung eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 20% unter den Bedingungen der freien Wirtschaft bei einem 100%igen Pensum und einer 20%igen Leistungsminderung für jedwede den Fähigkeiten und körperlichen Möglichkeiten des Beschwerdeführers entsprechende Arbeitstätigkeit. Die Behandlungsoptionen seien noch nicht ausgeschöpft, wobei eine psychotherapeutische Behandlung bei dieser Art von Störung als sinnvolle Therapieoption anzusehen sei und die Etablierung einer medikamentös-antidepressiven Behandlung zu erwägen sei.

4.8 In der Zwischenzeit hatte sich der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Schreiben vom 22. Juli 2009 an die IV-Stelle gewandt und sie darüber informiert, dass bei seinem Mandanten ein Tumorleiden entdeckt worden sei. Die IV-Stelle holte daraufhin einen weiteren Bericht bei Dr. E.\_\_\_\_ ein. Am 13. Oktober 2009 gab Dr. E.\_\_\_\_ ein chronisches cervikal-, dorsal- und Lumbovertebralsyndrom bei Hyperkyphose nach Morbus Scheuermann seit 1987, eine Periarthropathia humero-scapularis beidseits sowie eine reaktive Depression und somatoforme Schmerzstörung bei Anpassungsstörungen seit 2005 als Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers an. Aktuell leide der Beschwerdeführer an chronischen Schmerzen im Nacken, Rücken, Kreuz und in den Schultern, wenn schwere Lasten (15-20kg) getragen würden. Er habe oft Kopfweh, Schmerzen in den Knien und im linken Ellenbogen. Er beklage sich, unruhig, nervös, angespannt und leicht ängstlich zu sein und schlafe schlecht mit Alpträumen. Er wohne getrennt von seiner Frau und habe wenig Kontakt zu seinen Kindern. Er sei rasch ermüdbar und müsse nach ungefähr einer Stunde eine Pause machen. Seine bisherige Tätigkeit sei ihm im Rahmen von vier Stunden pro Tag zumutbar. Ein Tumorleiden wurde im Bericht nicht erwähnt.

4.9 Mit Eingabe an das Kantonsgericht vom 17. Januar 2012 reichte der Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2011 ein. Dr. F.\_\_\_\_ hielt darin an seiner Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung fest, wenn sich die Symptomatik gegenüber der Voruntersuchung von 2008 auch leicht abgeschwächt habe. Der Beschwerdeführer weiche belastenden Situationen instinktiv aus und könne sich nur durch die Arbeit ablenken. Sein Verhalten zeige Zeichen eines hochgradigen sozialen Rückzugs. Er sei aufgrund seines psychischen Befindens sowie seiner Schmerzsymptomatik bleibend zu 50% in seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit eingeschränkt. Die Prognose sei ernst, da die medizinischen Massnahmen ausgeschöpft seien und davon auszugehen sei, dass das Krankheitsbild chronisch weiter bestehen werde. Dr. F.\_\_\_\_ führte weiter aus, er könne die diagnostische Einschätzung und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D.\_\_\_\_ nicht teilen. Dr. D.\_\_\_\_ erkenne die soziale Rückzugstendenz als Folge der traumatischen Lebenserfahrungen. Zudem könnten auch länger zurückliegende Ereignisse bei Betroffenen zu nachhaltigen Einschränkungen führen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführer auf eine selbständige Tätigkeit angewiesen, da kein Arbeitgeber die erforderlichen Pausen tolerieren würde. Zudem drücke Dr. D.\_\_\_\_ ja selbst indirekt aus, dass das Störungsbild gravierend sei, indem er dem Beschwerdeführer zu einer psychotherapeutischen Behandlung rate. Dr. F.\_\_\_\_ legte seinem Bericht einen Artikel von Dr. med. THOMAS MOEHLECKE, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bei, in dem dieser kritisiert, die psychiatrischen Begutachtungen im Bereich der Psychotraumatologie entsprä-

chen häufig nicht dem neusten Stand der Wissenschaft. Insbesondere die häufige Argumentation, eine Latenzzeit von mehreren Jahren zwischen dem Ereignis und der Erkrankung schliesse eine posttraumatische Belastungsstörung aus, entbehre jeder wissenschaftlichen Grundlage. Auch sei eine vollständige Anamnese durch neutrale Gutachter oft schwierig, da das Sprechen über die erlittenen traumatischen Erfahrungen eine Vertrauensgrundlage voraussetze, die oft erst nach Jahren therapeutischer Behandlung aufgebaut werden könne. Viel aussagekräftiger als eine neutrale Begutachtung sei daher der Gesamteindruck, der sich durch das Einholen aller Arztberichte der involvierten Therapeuten ergebe. Schliesslich sei entgegen der Praxis von Abklärungszentren nicht das objektive Ereignis an sich, sondern die subjektive Wertigkeit für das Opfer von entscheidender Bedeutung für die Frage, ob dieses Ereignis traumatisierenden Charakter habe oder nicht (MOEHLECKE THOMAS, Die Problematik psychiatrischer Begutachtungen im Bereiche der Psychotraumatologie, Schweizerische Ärztezeitschrift 2009 (34), S. 1304 ff.).

5.1 Der Beschwerdeführer rügt, das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ weise in mehrerer Hinsicht Mängel auf. So gehe es zunächst in formeller Hinsicht nicht an, dass der Gutachter erst ein halbes Jahr nach der Untersuchung sein Gutachten verfasst habe. Dr. D.\_\_\_\_ habe deshalb darzulegen, anhand welcher Unterlagen es ihm sechs Monate nach der Untersuchung noch möglich gewesen sei, ein Gutachten zu verfassen, und er sei entsprechend aufzufordern, dem Gericht seine Unterlagen zu edieren. Dem Beschwerdeführer ist insofern recht zu geben, als der Ablauf von sechs Monaten zwischen der Untersuchung eines Exploranden und der Verfassung des Gutachtens etwas lang erscheint. Zwar ist eine Exploration ohne umfassende schriftliche Aufzeichnungen gar nicht möglich; selbst wenn die Niederschrift des Gutachtens unmittelbar nach der Untersuchung erfolgt, stützt sich der Gutachter aufgrund der Menge der zu verarbeitenden Informationen zwangsläufig in erster Linie auf seine schriftlichen Aufzeichnungen. Trotzdem finden kaum alle Gedanken und Eindrücke des Arztes während der Untersuchung Eingang in die schriftlichen Unterlagen; je mehr Zeit zwischen der Untersuchung und der Niederschrift eines Gutachtens abläuft, desto weniger ist davon auszugehen, dass einem Gutachter solche Gedanken und Eindrücke noch präsent sind. Eine raschere Abwicklung wäre daher im Hinblick auf die Qualitätssicherung von ärztlichen Gutachten wünschenswert. Hingegen kann daraus im vorliegenden Einzelfall noch nicht geschlossen werden, dass auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann. Das Gutachten erweist sich vielmehr als vollständig und detailliert; die Befunderhebung und die Anamnese wurde sorgfältig durchgeführt und deckt sich weitgehend mit den übrigen psychiatrischen Berichten und Gutachten. So hält auch Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. Juli 2011 fest, die Anamnese und die Schilderung der Beschwerden im Gutachten D.\_\_\_\_ seien überwiegend deckungsgleich mit den Angaben, die der Beschwerdeführer bei ihm gemacht habe. Aus dem Gutachten ergeben sich keine Anhaltspunkte, die darauf schliessen lassen, dass etwas vergessen oder falsch wiedergegeben wurde. Der Beschwerdeführer nennt denn auch keine konkreten Mängel, die auf den langen Zeitablauf zwischen der Exploration und der Niederschrift des Gutachtens zurückzuführen wären. Insofern besteht vorliegend kein Anlass, an der Sorgfalt von Dr. D.\_\_\_\_ zu zweifeln. Unter diesen Umständen erweist es sich nicht als sachdienlich, Dr. D.\_\_\_\_ zur Edition seiner Aufzeichnungen aufzufordern.

5.2.1 Sodann kritisiert der Beschwerdeführer die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_, wonach lediglich eine leichtgradige depressive Störung bestehen solle, in verschiedener Hinsicht. Zunächst

beziehe sich diese Einschätzung nur auf den Untersuchungszeitpunkt und sage nichts darüber aus, wie es dem Beschwerdeführer gegenwärtig gehe. Wie Dr. D.\_\_\_\_\_ zu seiner Einschätzung gelange, sei zudem nicht nachvollziehbar, da die Untersuchungsaufzeichnungen zu den zwei Fremdbeurteilungsskalen, auf die er sich berufe, aus dem Gutachten nicht ersichtlich seien. Diese seien dem Gericht daher zu edieren. Des Weiteren verneine Dr. D.\_\_\_\_\_ das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung, ohne mit Dr. F.\_\_\_\_\_, der diese Diagnose gestellt habe, Rücksprache genommen zu haben.

5.2.2 Dem ist im Hinblick auf den Vorwurf, die Diagnose einer leichtgradigen depressiven Störung beziehe sich nur auf den Untersuchungszeitpunkt, zu entgegnen, dass lediglich im Bericht der Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) vom 9. Juni 2005 von einer mittelgradigen depressiven Episode die Rede ist. Ansonsten wurde von den psychiatrischen Fachärzten stets eine leichtgradige depressive Störung diagnostiziert, wie aus dem Bericht der EPD vom 2. März 2005, dem Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. Dezember 2005, und dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2007 hervorgeht. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers handelt es sich bei der Diagnose von Dr. D.\_\_\_\_\_ somit nicht lediglich um eine Momentaufnahme, sondern sie gibt einen seit Jahren mehr oder weniger konstanten Gesundheitszustand wieder. Sodann ist dem Beschwerdeführer in Bezug auf dessen Begehren, Dr. D.\_\_\_\_\_ habe die Fremdbeurteilungsskalen zu edieren, entgegenzuhalten, dass sich Dr. D.\_\_\_\_\_ bei der Diagnosestellung nicht allein auf die psychometrischen Testergebnisse abstützte. Die Diagnose einer leichtgradig ausgeprägten depressiven Störung beruht vielmehr auf einer Gesamtschau der Anamnese, der erhobenen Befunde und der entsprechenden psychometrischen Skalen. Den Testergebnissen geht im Kapitel zu den Untersuchungsbefunden eine sehr sorgfältige objektive und semiobjektive Befunderhebung voraus; die Diagnose einer leichtgradigen depressiven Störung wird hauptsächlich mit der leicht gedrückten Grundstimmung, der leicht verminderten affektiven Modulationsfähigkeit und dem leicht verminderten Antrieb sowie der leicht eingebundenen Mimik und Gestik begründet. Aus dem Gutachten ist somit klar ersichtlich, dass das Ergebnis der psychometrischen Tests sowohl bei der Befunderhebung wie auch bei der Beurteilung eine untergeordnete und ergänzende Rolle einnahm. Die erzielten Scores auf den Fremdbeurteilungsskalen stehen zudem nicht im Widerspruch zu den anderweitig erhobenen Befunden, sondern bestätigen Dr. D.\_\_\_\_\_'s übrige Feststellungen. Die Edition der von Dr. D.\_\_\_\_\_ verwendeten Fremdbeurteilungsskalen erscheint somit vorliegend überflüssig. Anzufügen bleibt, dass die erhobenen psychometrischen Testresultate ohnehin nicht im Nachhinein als richtig oder falsch beurteilt werden können; insofern erweist sich die Edition im Hinblick auf die Prüfung durch einen dritten Psychiater als wenig sinnvoll.

5.2.3 Zum Vorwurf des Beschwerdeführers, Dr. D.\_\_\_\_\_ habe hinsichtlich der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht mit Dr. F.\_\_\_\_\_ Rücksprache genommen, ist der IV-Stelle beizupflichten, wenn sie festhält, dass ein Gutachter bei Differenzen mit anderen ärztlichen Berichten nicht darauf zu verpflichten ist, mit den jeweiligen ärztlichen Fachpersonen Rücksprache zu nehmen. Dr. D.\_\_\_\_\_ hat sich im Gutachten mit der abweichenden Meinung Dr. F.\_\_\_\_\_'s auseinandergesetzt und mit Bezug auf die von ihm erhobenen Befunde begründet, weshalb seines Erachtens keine posttraumatische Belastungsstörung vorliege. So führte Dr. D.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer beschreibe zwar gelegentliche Erinnerungen an das Trauma, Zeichen eines Hyperarousals im engeren Sinne seien jedoch nicht vorhanden. Es be-

stehe kein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten und Zeichen eines gravierenden sozialen Rückzugs seien angesichts vorhandener Aussenkontakte und der regelmässigen Arbeitstätigkeit nicht feststellbar. Die Schreckhaftigkeit in Bezug auf Polizisten erklärt Dr. D.\_\_\_\_ mit einer Polizeiaktion, die der Beschwerdeführer kurz vor der Untersuchung durch Dr. F.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2008 über sich habe ergehen lassen müssen. Es sei zwar eine Reaktivierung einer früheren posttraumatischen Störung denkbar; allerdings müsse festgehalten werden, dass in einem Untersuchungszeitraum von zwölf Jahren in keinem Bericht die definitive Diagnose einer posttraumatischen Störung erhoben worden sei. Dr. D.\_\_\_\_ kam daher zum Schluss, dass eine posttraumatische Störung allenfalls in einer subsyndromalen Ausprägung vorliege.

5.2.4 Dr. D.\_\_\_\_'s Meinung, wonach eine posttraumatische Belastungsstörung beim Beschwerdeführer nicht oder allenfalls in subsyndromaler Ausprägung vorliegt, ist schlüssig begründet und einleuchtend. Demgegenüber vermag der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2011 nicht zu überzeugen, da er verschiedentlich nicht nachvollziehbare Aussagen enthält. So gibt Dr. F.\_\_\_\_ an, dass die medizinischen Massnahmen ausgeschöpft seien, obwohl sich der Beschwerdeführer keinen psychotherapeutischen Massnahmen unterzieht und gemäss Dr. D.\_\_\_\_ auch keine adäquate medikamentöse antidepressive Behandlung besteht. Nicht nachvollziehbar sind auch Dr. F.\_\_\_\_'s Ausführungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers: Einerseits attestiert er dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50%, andererseits sieht er für den Beschwerdeführer mit der Begründung, dass kein Arbeitgeber seinen erhöhten Pausenbedarf tolerieren würde, keinerlei Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt. Befremdlich erscheint sodann die Aussage Dr. F.\_\_\_\_s, dass sich eine Psychotherapie bei einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von lediglich 20% nicht lohnen würde, da die Beschwerden kein deutliches Mass angenommen hätten. Diese Äusserung erstaunt, ist doch gerade bei psychischen Erkrankungen häufig bereits ein beträchtlicher Leidensdruck vorhanden, bevor es überhaupt zu einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit kommt, und kann somit bei einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von einem nur geringen Mass der Beschwerden in dem Sinne, dass sich eine Therapie nicht lohnen würde, nicht die Rede sein. Die Aussage Dr. F.\_\_\_\_'s, dass eine hochgradige soziale Rückzugstendenz bestehe, ist zwar insofern nachvollziehbar, als der Beschwerdeführer von seiner Ehefrau getrennt lebt und offenbar nur wenig Kontakt mit seinen Kindern hat. Andererseits führt der Beschwerdeführer jedoch zusammen mit einem Kollegen eine Autowerkstatt, ist im Fussballclub X.\_\_\_\_ aktiv, indem er manchmal mithilft oder sich Spiele ansieht, wird von seiner Nachbarin bei der Hausarbeit unterstützt und hat nach eigenen Aussagen einen intakten Freundeskreis. Insofern ist Dr. D.\_\_\_\_ zuzustimmen, wenn er einen gravierenden sozialen Rückzug verneint.

5.2.5 Hinsichtlich des Artikels von Dr. MOEHLECKE ist festzuhalten, dass Dr. D.\_\_\_\_ seine Ansicht, wonach beim Beschwerdeführer keine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt, anders als noch Dr. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 6. März 2008 nicht mit der Tatsache, dass die traumatischen Ereignisse schon mehr als 25 Jahre zurückliegen, sondern mit einem Mangel an einschlägigen psychopathologischen Befunden begründet hat. Der Kritikpunkt Dr. MOEHLECKES, das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung werde häufig wegen einer langen Latenzzeit zu Unrecht verneint, trifft hier somit nicht zu. Die Problematik, wonach es traumatisierten Personen schwer fällt, ihre Erlebnisse einem neutralen Gutachter zu schildern und deswegen häufig Fehldiagnosen getroffen werden, ist vorliegend offensichtlich ebenso wenig gegeben, war doch der Beschwerdeführer gegenüber allen involvierten psychiat-

rischen Fachärzten in der Lage, seine Foltererfahrungen in der Türkei zu schildern. Auch Dr. D.\_\_\_\_ hat seine Diagnose in Kenntnis des vom Beschwerdeführer Erlebten gestellt, wie aus der Anamnese im Gutachten hervorgeht. Eine Gesamtschau der Arztberichte aller involvierten Therapeuten, wie sie laut Dr. MOEHLECKE im Bereich der Psychotraumatologie wünschenswert ist, um ein akkurates Bild der Beschwerden zu erhalten, führt schliesslich zu keinen anderen Schlussfolgerungen. Zum aktuellen Zeitpunkt unterzieht sich der Beschwerdeführer keiner Psychotherapie. Im EPD Liestal, wo der Beschwerdeführer nach dem Verlust seiner Arbeitstelle im Jahr 2005 in Behandlung war, wurde anfangs der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung geäussert, im weiteren Verlauf jedoch nicht bestätigt. Im Übrigen ist anzumerken, dass es sich auch bei Dr. F.\_\_\_\_ nicht um einen Therapeuten des Beschwerdeführers handelt.

5.3.1 Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, auch die von Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sei nicht nachvollziehbar, da dies im Widerspruch zu den Diagnosen stünde, die der Hausarzt erhoben habe. Dr. E.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 13. Oktober 2009 ein chronisches Cervical-, Dorsal- und Lumbovertebralsyndrom bei Hyperkyphose und linkskonvexer Torsionsskoliose nach Morbus Scheuermann seit 1987 diagnostiziert. Angesichts dieser somatischen Diagnosen dränge sich eine somatische Begutachtung des Beschwerdeführers auf. Auf das rheumatologische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2007 könne nicht mehr abgestellt werden. Der Beschwerdeführer bestritt zudem die grundsätzliche Verwertbarkeit des Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_ und verwies diesbezüglich auf seine Beschwerde vom 23. Juni 2008 im vorgängigen Beschwerdeverfahren. Dort hatte er insbesondere geltend gemacht, Dr. B.\_\_\_\_ habe die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers nicht berücksichtigt und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei widersprüchlich.

5.3.2 Dem ist zunächst zu entgegnen, dass sich Dr. B.\_\_\_\_ im rheumatologischen Fachgutachten vom 29. Mai 2007 und in seinen ergänzenden Ausführungen vom 6. März 2008 mit den von Dr. E.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen bereits auseinandergesetzt hat und sich aus dem Bericht vom 13. Oktober 2009 somit keine wesentlichen neuen Elemente ergeben. Dr. B.\_\_\_\_ stellte unter anderem ein chronisches Zervikal- und Lumbovertebralsyndrom mit Rundrücken bei erheblicher psychogener Mitkomponente der Beschwerden fest, verneinte jedoch einen Einfluss dieser Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit. Eine BWS-Kyphose, wie sie beim Beschwerdeführer vorliege, komme bei 30% der Bevölkerung vor und sei durchaus normal. Eine Skoliose habe nicht imponiert. In der Gesamtbeurteilung des Gutachtens legte Dr. B.\_\_\_\_ glaubwürdig dar, weshalb er von einer psychogenen Schmerzgenese ausging. So habe der Beschwerdeführer eine erhebliche Schmerzintensität bereits in Ruhe angegeben, obwohl sich als einziger Befund eine Rückenfehlform mit Rundrücken finde. Befunde wie Verspannungen oder Myogelosen würden fehlen, radikuläre Zeichen lägen nicht vor. Auch der vom Beschwerdeführer beschriebene Schmerzcharakter mit dauernd bestehenden Schmerzen auch in Ruhe lasse auf eine psychogene Schmerzgenese schliessen. Des Weiteren seien alle Waddell-Zeichen lumbal positiv. Festzuhalten ist zudem, dass das Kantonsspital Bruderholz bereits im Jahr 1995 eine somatoforme Schmerzstörung diagnostizierte (vgl. Bericht des Kantonsspitals Bruderholz vom 22. Februar 2005) und diese Diagnose immer wieder bestätigt wurde, so auch von Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 29. Januar 2007. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ist somit entgegen der Annahme des Beschwerdeführers hinreichend nachgewiesen und belegt. Dem Vorwurf des Beschwerdeführers, Dr. B.\_\_\_\_ habe nicht zu der von Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierten Periarthropathia humero-scapularis (PHS) Stellung genommen, ist zu entgegnen, dass es sich

bei der PHS um eine nicht präzise Sammelbezeichnung für verschiedene degenerative Prozesse im Bereich des Schultergelenks handelt, die zu einer schmerzhaften Schulterversteifung führen, und deren Ursache sowohl mechanisch-traumatischer wie auch zum Beispiel psychischer Natur sein kann (vgl. Artikel zur PHS in: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, Berlin 2007). Zwar wäre es wünschenswert gewesen, wenn sich Dr. B.\_\_\_\_\_ zum Vorliegen einer PHS geäußert hätte, zumal diese erstmals bereits 1994 diagnostiziert worden war und in den Akten mehrmals erwähnt wird. Aus der Befunderhebung wird jedoch deutlich, dass keine entsprechenden Einschränkungen bestanden ("Schultern frei, Nacken- und Schürzengriff normal"), so dass allein aufgrund der Tatsache, dass sich Dr. B.\_\_\_\_\_ nicht zu einer allfälligen PHS geäußert hat, nicht auf die Unverwertbarkeit seiner Beurteilung geschlossen werden kann, besonders da die Schmerzen des Beschwerdeführers eindeutig in erster Linie psychischer Genese und somit durch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung hinreichend erklärt sind. Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer behaupteten Widersprüche in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auf die Ausführungen Dr. B.\_\_\_\_\_s vom 6. März 2008 verwiesen, wo dieser seine Einschätzungen auf nachvollziehbare Weise erläutert. Schliesslich ist festzuhalten, dass sich aus den medizinischen Akten keine Hinweise auf eine Verschlechterung des rheumatologischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Exploration durch Dr. B.\_\_\_\_\_ entnehmen lassen. Eine solche Verschlechterung wird vom Beschwerdeführer denn auch gar nicht behauptet. Es besteht daher kein Anlass, ein weiteres rheumatologisches Gutachten einzuholen, zumal Dr. B.\_\_\_\_\_s Ausführungen nach dem Gesagten schlüssig begründet und nachvollziehbar sind.

5.4 Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu Recht auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ abstützte. Das Gutachten ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und einer sorgfältigen Anamnese, ist schlüssig begründet und leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Vom Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung ist nicht auszugehen. Eine erneute rheumatologische Begutachtung erweist sich als nicht sachdienlich.

5.5 Dr. D.\_\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Er führte aus, eine entsprechende Willensanstrengung zur Beschwerdeüberwindung sei dem Beschwerdeführer leicht erschwert, aber keineswegs verunmöglicht. Aufgrund der somatoformen und zum Untersuchungszeitpunkt leichtgradig ausgeprägten depressiven Störung bestehe für jedwede seinen Fähigkeiten und körperlichen Möglichkeiten entsprechende Arbeitstätigkeit eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 20% unter den Bedingungen der freien Wirtschaft, im Sinne einer Leistungsminderung von 20% bei einem Pensum von 100%. Hierzu ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben bereits heute täglich von 8 bis 17 Uhr arbeitet. Dazwischen legt er Pausen von insgesamt zweieinhalb Stunden ein, so dass sich eine tägliche Arbeitsleistung von sechs Stunden ergibt. Gemessen an einer 42-Stunden Woche entspricht dies bereits einem Pensum von mehr als 70%. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben zuweilen auch bis um 21 Uhr in der Werkstatt bleibt, leistet er wahrscheinlich ein Arbeitspensum, das dem von Dr. D.\_\_\_\_\_ als zumutbar bezeichneten 80%-Pensum sehr nahe kommt. Die von Dr. D.\_\_\_\_\_ attestierte medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit entspricht somit weitgehend der tatsächlichen Arbeitsleistung des Beschwerdeführers. Es fällt auch auf, dass der Beschwerdeführer selbst der Meinung ist, dass ihm die Arbeit gut tut. Aus dem Bericht Dr. F.\_\_\_\_\_s vom 15. Juli 2011 geht hervor,

dass der Beschwerdeführer seine Ängste und seine Schmerzen vergessen könne, während er arbeite und die Arbeit als Mittel sehe, um gesund zu bleiben. Umso unverständlicher ist es, dass ihm Dr. F.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 50% attestiert. Zwar benötigt der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychischen Beeinträchtigungen vermehrt Pausen; diesem Umstand trug Dr. D.\_\_\_\_ mit einer Leistungsreduktion von 20% Rechnung. Eine nur 50%ige Arbeitsfähigkeit liegt jedoch mit Sicherheit nicht vor, erbringt der Beschwerdeführer doch tatsächlich eine Arbeitsleistung entsprechend einem Pensum von fast 80%.

6.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten 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, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (vgl. BGE 104 V 136, E. 2a).

6.2 Die IV-Stelle hat in ihrer Verfügung vom 6. Juni 2011 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Dabei hat sie anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen einen IV-Grad von 24 % ermittelt. Die konkrete Berechnung, die vom Versicherten in der vorliegenden Beschwerde nicht beanstandet worden ist, erweist sich als rechters. Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 6. Juni 2011 verwiesen werden.

6.3 Der von der IV-Stelle ermittelte IV-Grad von 24 % liegt unter dem für einen Rentenanspruch mindestens erforderlichen IV-Grad von 40 %. Die IV-Stelle hat demnach einen Rentenanspruch des Versicherten zu Recht abgelehnt. Die gegen die betreffende Verfügung vom 6. Juni 2011 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- 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, welche mit dem am 20. Juli 2011 eingegangenen Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- zu verrechnen sind.

7.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Verfahrensausgang gemäss 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.

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