



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 29. August 2013 (720 13 144)

Invalidenversicherung

Anspruch auf eine Invalidenrente

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, 4143 Dornach 1

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1960 geborene A.____ meldete sich am 26. August 2010 unter Hinweis auf eine Rückenproblematik bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abklärung der erwerblichen, beruflichen und gesundheitlichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. April 2013 nach durchgeführtem Vorbescheidsverfahren den Anspruch von A.____ auf eine Invalidenrente ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 13. Mai 2013 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, medizinische Abklärungen betreffend Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vorzunehmen. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen; unter o/e Kostenfolge. In der Begründung wurde insbesondere die Zuverlässigkeit der Beurteilungen der von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Fachgutachten von Dr. med. B.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 8. September 2011 und von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Februar 2012 in Frage gestellt.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 31. Mai 2013 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 25. Juni 2013 bewilligte das Kantonsgericht dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung.

E. Am 27. Juli 2013 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. Juli 2013 einreichen. Gemäss dessen Ausführungen sei eine psychiatrische Untersuchung anzuordnen; eventualiter sei die Angelegenheit zu diesem Zweck an die Vorinstanz zurückzuweisen.

F. Die IV-Stelle hielt in ihrer Eingabe vom 7. August 2013 unter Hinweis auf den Bericht des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 5. August 2013 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

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 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. 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 299 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 298 E. 4c in fine).

1.3 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.

1.4 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).

3.1.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des Rentenanspruchs des Versicherten auf die Gutachten der Dres. B.____ und C.____. Dr. B.____ führte in seiner Beurteilung vom 8. September 2011 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Fenestration L4/5 linksseitig bei sequestriertem Bandscheibenvorfall links mit Neuralgie L5 und Fallfuss linksseitig, einen Status nach Re-Fenestration L4/5 links, einen Status nach Hemilaminektomie L5 links, Epiduralabszess-Entlastung, Duranaht bei intraoperativem Liquorleck sowie Spüldrainagen-Einlage, eine schwere Osteochondrose L4/5 und eine deutliche Osteochondrose L5/S1 sowie persistierende motorische Ausfälle M5 im Sinne einer ausgeprägten Zehen- und Fussheberparese links fest. Die klinische Untersuchung zeige eine leichte Steifhaltung des Rückens. Das Achsenorgan weise einen Hohlrundrücken mit Hyperkyphose der Brustwirbelsäule und eine Hyperlordose der Lendenwirbelsäule (LWS) auf. Es lägen keine akuten radikulären Zeichen vor. Im linken Bein beständen deutliche Paresen, so eine Fuss- und vor allem eine Zehenheberparese und eine Fusseversionsparese. Es lasse sich eine deutliche Atrophie der Unterschenkelmuskulatur links finden. Es sei sehr gut nachvollziehbar, dass der Versicherte Mühe habe, auf unebenem Boden zu gehen. Bei geringer Belastung beständen zwar wenige Beschwerden, jedoch lägen deutliche Paresen im linken Bein vor. Sobald die Belastung ansteige, verspüre der Versicherte Rückenschmerzen. Die Ausübung einer Tätigkeit in den angestammten Bereichen als Betriebs- und Hilfsarbeiter sei ihm aufgrund der hierfür notwendigen Belastbarkeit nicht mehr möglich. Körperlich leichte Tätigkeiten mit Arbeiten, bei welcher er nicht über 7,5 kg heben, stossen oder ziehen müsse, vorwiegend sitzend arbeiten könne und die Möglichkeit habe, nach einer Stunde die Position zu wechseln, seien ihm ab 21. Oktober 2010 zu 50 % und ab 21. Oktober 2010 (recte: 21. Dezember 2010) zu 100 % zumutbar. Aufgrund der deutlichen Fussparesen links könne er maximal 15 Minuten gehen. Danach sei eine längere Pause erforderlich. Da Hinweise auf eine depressive Störung beständen, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten einschränken könnte, empfehle er eine psychiatrische Untersuchung.

3.1.2 In seinem psychiatrischen Fachgutachten vom 11. Februar 2012 konnte Dr. C.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Der Versicherte sei durch eine schwierige psychosoziale Situation belastet. Seit längerem liege er mit seiner Ehefrau in einem distanzierten, oftmals wortlosen Konflikt, so dass er einen grossen Teil seines Alltags ausser Haus verbringe. Auch beim Umgang mit seinen Kindern beständen die gleichen Schwierigkeiten. Dazu kämen die Probleme mit seinem Bruder, welchem er für ein Immobilienunternehmen in der Türkei Geld gegeben habe. Gemäss den Angaben des Versicherten habe der Bruder ihn entgegen den mündlichen Vereinbarungen nicht korrekt behandelt. Die Ansicht des Versicherten, dass diese Problematik mit einem Auszug aus der Wohnung gelöst werden könne, deute darauf hin, dass die familiäre psychosoziale Belastungssituation überwindbar sei und nicht zu einer relevanten, schwerwiegenden psychischen Fehlentwicklung geführt habe. Die objektiven Untersuchungsergebnisse ergäben, dass die Grundstimmung nicht depressiv, son-

dern subdepressiv bzw. dysthym zu beurteilen sei. In diesem Rahmen bestehe auch eine gewisse reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit. Der Umstand, dass sich der Versicherte trotz Empfehlung nicht in eine psychotherapeutische Behandlung begeben habe, spreche ebenfalls gegen eine schwerwiegende affektive Störung. Mit der Dysthymie liege zwar eine gewisse leichte Störung der Affektlage vor. Insgesamt seien aber gewichtige psychosoziale Belastungsfaktoren für die aus psychiatrischer Sicht relevanten Beschwerden verantwortlich.

3.2 Zum psychischen Gesundheitszustand des Versicherten äusserte sich Dr. D.____ in seinem Bericht vom 24. Juli 2013 zu Händen des Rechtsvertreters des Versicherten. Beim Versicherten habe sich im Anschluss an die dritte Rückenoperation eine depressive Störung entwickelt. Er sei psychisch zusammengebrochen und habe eine Kraftlosigkeit sowie Erschöpfung erlebt, die sich auf die Grundstimmung nachhaltig ausgewirkt habe. Anlässlich seiner Exploration hätten eine traurig-resignierte Grundstimmung, ein Freudeverlust, ein Gefühl der Wertlosigkeit, eine rasche Erschöpfung, Schlafstörungen, eine vermehrte Reizbarkeit, ein sozialer Rückzug, eine Vergesslichkeit, eine Zukunftsangst, negatives Denken, ein Grübelzwang und eine emotionale Labilisierung festgestellt werden können. Er bemühe sich, sein inneres Leiden nach aussen zu verbergen. Diagnostisch handle es sich um eine depressive Entwicklung in zeitlichem Zusammenhang mit den wiederholten neurochirurgischen Eingriffen.

3.3 In den Akten liegen etwas ältere Berichte des E.____ und des F.____ vor. Dem Bericht des E.____ vom 19. August 2010 kann eine Zusammenfassung der Krankheitsgeschichte des Versicherten entnommen werden. Danach leide der Versicherte seit Jahren an Rückenschmerzen. Ende Juni 2010 habe er zum ersten Mal ein Reiz- und ein sensomotorisches radikuläres Ausfallsyndrom L5 links verspürt. Wegen Zunahme der Beschwerden habe er am 7. Juli 2010 notfallmässig das E.____ aufgesucht. Es sei eine kaudal luxierte Diskushernie L4/5 mit Tangierung der abgehenden Wurzel L5 links festgestellt worden. Aufgrund der eindeutigen Klinik und den neuroradiologischen Befunden sei er zur Operation ins F.____ verlegt worden. Dort unterzog er sich am 13. Juli 2010 einer ersten Fenestration auf der Höhe des L4/5. Unmittelbar danach habe er über radikuläre Schmerzen bei Persistenz einer schweren Parese geklagt. Am 26. Juli 2010 seien die Fenestration erweitert und eine Sequestrektomie sowie eine Mikrodiskektomie durchgeführt worden. Danach seien die radikulären Schmerzen verschwunden, die schweren motorischen Ausfälle hätten sich dagegen nur diskret zurückgebildet. Zur postoperativen Rehabilitation sei der Versicherte ins E.____ zurückverlegt worden (vgl. auch Bericht des E.____ vom 17. März 2011 [Eingang]). Aufgrund einer Exazerbation der Rückenschmerzen sei am 12. August 2010 ein MRI der LWS durchgeführt worden. Danach habe sich ein Verdacht auf ein erneutes Rezidiv L4/5 links ergeben. Als Differentialdiagnose sei ein postoperativer Infekt in Betracht gezogen worden. In der Folge wurde am 13. August 2010 eine Hemilaminektomie L5 links durchgeführt. Gemäss Bericht des F.____ vom 7. September 2010 habe der Versicherte an einer Spondylodiszitis L4/5 mit Epiduralabszess ventral auf Höhe L5 links und entzündlicher Beteiligung der paravertebralen Weichteile gelitten (vgl. Bericht von Dr. med. G.____, FMH Neurochirurgie, F.____, vom 7. September 2010 [Eingang]). Am 7. September 2010 erfolgte eine Rückverlegung ins E.____ (vgl. Bericht des E.____ vom 14. Oktober 2010). Bei Spitalaustritt sei der Versicherte aus funktioneller Sicht selbstständig und sicher mobil gewesen. Es habe aber eine Parese der distalen Muskulatur am linken Bein vorgelegen. In seiner bisherigen Tä-

tigkeit als Betriebsarbeiter sei er zu 50 % (4 Stunden täglich) arbeitsfähig. Es beständen eine verminderte körperliche Belastbarkeit und Ausdauer sowie eine Gehbehinderung infolge radikulärer C5-Paresen (recte wohl: L5-Paresen) links. Er könne keine schweren Gegenstände heben, schieben oder tragen. Leichte rückenergonomische Tätigkeiten seien ihm zumutbar. Ausserdem sollte er die Möglichkeit haben, alternierend zu stehen, zu sitzen oder kürzere Strecken zu gehen (Bericht des E.____ vom 17. März 2011 [Eingang]). Am 21. Oktober 2010 stellte Dr. G.____ fest, dass der Fallfuss linksseitig persistiere. Aufgrund des MRI vom 19. Oktober 2010 könne der Epiduralabszess nicht mehr nachgewiesen werden. Beschrieben würden dagegen noch entzündliche Veränderungen im Sinne von Phlegmonen. Nach wie vor bestehe eine chronische Depression. Aus neurochirurgischer Sicht sei der Versicherte für administrative Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig. Dabei müsste die Arbeit wechselnd gehend, stehend und sitzend durchgeführt werden können.

4.1 Nach Würdigung der vorhandenen medizinischen Aktenlage ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle auf die Ergebnisse abstellte, zu denen die Dres. B.____ und C.____ in ihren Fachgutachten vom 8. September 2010 und 11. Februar 2011 gelangten. Einzig in Bezug auf den Beginn der 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit kann den Schlussfolgerungen von Dr. B.____ nicht gefolgt werden, worauf in der Erwägung 5.1 näher eingegangen wird. Was die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Versicherten angeht, ist den beiden Gutachten volle Beweiskraft zuzuerkennen. Sie weisen weder formale noch inhaltliche Mängel auf, sie sind - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 2.3 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, sie beruhen auf allseitigen Untersuchungen, sie berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sie sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und sie enthalten überzeugende Schlussfolgerungen.

4.2 Was der Versicherte dagegen vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft der Gutachten der Dres. B.____ und C.____ in Frage zu stellen. In der Beschwerde wies der Versicherte auf die von Dr. B.____ abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte des F.____ und des E.____ hin. Er machte geltend, dass Dr. B.____ lediglich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes hinsichtlich des Lähmungsgrades einzelner Muskeln feststelle. Er berücksichtige aber nicht die von den Ärzten des E.____ festgestellte verminderte körperliche Belastbarkeit und Ausdauer aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit der LWS sowie die belastungs- und bewegungsabhängigen Schmerzen im Lumbalbereich. Hierzu ist festzustellen, dass Dr. B.____ in seiner Beurteilung durchaus auf die Einschränkungen und Beschwerden an der LWS einging. So stellte er fest, dass der Versicherte an deutlichen Osteochondrosen auf den Höhen L4/5 und L 5/S1 leide, die die LWS um rund einen Drittel mit Endphasenschmerzen einschränke. Er nahm zudem Bezug auf die vom Versicherten mitgebrachten MRI-Bilder und erklärte, dass wegen den dehydrierten Bandscheiben und der ausgeprägten Spangenbildung L4/5 von einer Mehretagenpathologie auszugehen sei. Aus seinen Ausführungen geht weiter hervor, dass die Fussheberparesen auf die lumboradikuläre Schmerzproblematik zurückzuführen seien. Indem er anlässlich seiner Untersuchung nun feststellte, dass die Paresen sich deutlich verbessert hätten, ist gleichzeitig davon auszugehen, dass die Be-

schwerden an der LWS auch geringfügiger wurden. Nichts anderes ergibt sich aus dem Einwand, Dr. B.____ interpretiere die von Dr. G.____ vorgenommene Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht richtig. Den Ausführungen von Dr. G.____ ist zu entnehmen, dass sich das Beschwerdebild am Rücken seit der letzten Operation im August 2010 stark verbessert habe. Es seien keine radikulären Zeichen oder ein Epiduralabszess mehr feststellbar gewesen, die Wunde sei reizlos und die Trendelenburg'sche Zeichen hätten sich zurückgebildet. Lediglich der Fallfuss linksseitig persistiere und es lägen Phlegmone vor, welche aber im Rahmen von narbigen Umbauten anzusehen seien. Indem er ausführte, dass eine "leichte Teilerholung der L5-Parese bei rückläufigem Trendelenburg-Zeichen" vorhanden sei, gab er zum Ausdruck, dass eine weitergehende Verbesserung durchaus möglich sei. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass Dr. B.____ annahm, die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. G.____ gelte nicht für die Zukunft. Weiter ist nicht ganz nachvollziehbar, was der Versicherte aus seinem Einwand, wonach sich Dr. G.____ bei seiner Einschätzung nicht nur auf das "Trendelenburghinken" stütze, sondern sich auf die Gesamtheit der Beschwerden beziehe, zu seinen Gunsten ableiten möchte. Dr. B.____ begründete die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten nicht nur mit dem vollständigen Verschwinden der Trendelenburg'schen Zeichen. Er stellte auch fest, dass sich die Paresen seit der Untersuchung durch Dr. G.____ verbessert hätten. Weitere somatische Einschränkungen führte Dr. G.____ nicht auf, so dass keine Anhaltspunkte bestehen, dass Dr. B.____ seine Beurteilung auf einer unvollständigen Würdigung derjenigen von Dr. G.____ vornahm. Inwiefern zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten eine neurologische, neurochirurgische und gegebenenfalls eine orthopädische Beurteilung notwendig ist, begründet der Versicherte nicht. Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise, dass solche fachärztliche Begutachtungen für eine rechtsgenüglihe Sachverhaltsabklärung erforderlich sind.

4.3 Der Versicherte bemängelt weiter, dass Dr. C.____ sein Gutachten nicht in allen Teilen selbst verfasst habe, übernehme er doch die Auflistung der Akten wortwörtlich aus dem Gutachten von Dr. B.____. Damit sei erstellt, dass Dr. C.____ die Akten nicht selber gelesen habe. Dieser Schlussfolgerung kann nicht beigespflichtet werden. Wie die IV-Stelle in ihrer Vernehmung zutreffend ausführte, kann allein aus dem Umstand, dass Dr. C.____ die Aktenauflistung von Dr. B.____ kopiert habe, nicht geschlossen werden, dass er keine Einsicht in die Vorakten nahm. Zwar ist ein solches Vorgehen nicht unbedingt als vorbildlich zu bezeichnen, es sagt jedoch nichts über die Vollständigkeit und Zuverlässigkeit seines Gutachtens aus. Unter dem Buchstaben D seines Gutachtens setzte er sich mit den Vorakten detailliert auseinander, was ohne inhaltliche Kenntnis der vorangegangenen Berichte nicht möglich gewesen wäre. Auch das Vorbringen, aufgrund des vollständigen sozialen Rückzugs des Versicherten und die medikamentöse Behandlung sei von einer gravierenden depressiven Störung auszugehen, kann nicht gefolgt werden. Dr. C.____ führte in seiner Beurteilung klar und nachvollziehbar aus, dass keine depressive Erkrankung vorliege, welche seine Arbeitsfähigkeit beeinflussen würde. Aufgrund seiner objektiven Untersuchungsbefunde könne er zwar eine belastende psychosoziale Situation feststellen, welche jedoch nicht zu einer relevanten, schwerwiegenden psychischen Fehlentwicklung geführt habe und zudem überwindbar sei. Hinweise für eine depressive Erkrankung lägen nicht vor, denn sowohl die Angaben des Versicherten als auch die psychischen Befunde ergäben, dass keine eigentlich depressive, sondern lediglich eine subdepressive bzw.

dysthyme Grundstimmung vorliege. Es ist deshalb folgerichtig, dass Dr. C.____ eine Dysthymie ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte. Der Bericht von Dr. D.____ vom 24. Juli 2013 ist nicht geeignet, an der Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. C.____ zu zweifeln. Einerseits fehlt es an einer Diagnose nach einem gängigen Klassifikationssystem und andererseits geht aus seiner Beurteilung nicht hervor, welchen Schweregrad die von ihm festgestellte depressive Entwicklung aufweist und ob diese die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflusst. Da zudem die Erfahrungstatsache zum Tragen kommt, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Stellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc), kann auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden.

4.4 Lässt die vorliegende medizinische Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu, so kann auf die 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).

5.1 Während die von den Dres. B.____ und C.____ vorgenommenen Beurteilungen des Gesundheitszustandes und des Ausmasses der zumutbaren Arbeitsfähigkeit schlüssig sind, ist der von Dr. B.____ festgelegte Zeitpunkt, ab wann dem Versicherten eine 100%ige leidensangepasste Tätigkeit zumutbar sei, nicht überzeugend und ist deshalb einer näheren Prüfung zu unterziehen. Im Gutachten vom 8. September 2011 ging Dr. B.____ davon aus, dass der Versicherte eine leichte angepasste Tätigkeit ab 21. Oktober 2010 zu 50 % und ab 21. Dezember 2010 zu 100 % hätte ausüben können. Zur Begründung führte er aus, dass der Versicherte gemäss der hausärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit seit 20. Dezember 2009 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. G.____ vom 21. Oktober 2010 nehme er an, dass ihm ab 21. Oktober 2010 eine Tätigkeit gemäss seinem Verweisprofil zu 50 % habe zugemutet werden können. Zwei Monate später sei die Ausführung einer leidensangepassten Arbeit zu 100 % möglich gewesen. Die Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 100 % ab 21. Dezember 2010 begründete er jedoch nicht. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb bereits nach 2 Monaten die Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 100 % gesteigert werden konnte. Den Akten sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, dass zwischen Oktober und Dezember 2010 eine derart erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eintrat. So bestätigte auch keiner der behandelnden Ärzte während dieser Zeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Der retrospektiven Beurteilung des Beginns der 100%igen Arbeitsfähigkeit von Dr. B.____ kann deshalb nicht gefolgt werden. Da Dr. G.____ zuletzt echtzeitlich per 21. Oktober 2010 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigte, erscheint es sachgerecht, den Beginn der 100%igen Arbeitsfähigkeit ab Untersuchungszeitpunkt bei Dr. B.____, d.h. ab 29. August 2011, festzulegen. Für die Zeit davor ist gemäss der medizinischen Aktenlage davon auszugehen, dass der Versicherte vom 20. Dezember 2009 bis 20. Oktober 2010 zu 100 %, vom 21. Oktober 2010 bis 28. August 2011 zu 50 % arbeitsunfähig war und ab 29. August 2011 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

5.2 Der Rentenanspruch setzt unter anderem voraus, dass die versicherte Person während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch mindestens 40 % arbeitsunfähig

gewesen ist (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Vorliegend ist der Versicherte in der angestammten Tätigkeit seit 20. Dezember 2009 vollständig bzw. vom 21. Oktober 2010 bis 28. August 2011 zu 50 % arbeitsunfähig. Das gesetzlich vorgesehene Wartejahr begann damit am 20. Dezember 2009 zu laufen und endete am 19. Dezember 2010. Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Der Versicherte meldete sich im August 2010 zum Leistungsbezug an, womit - nach Erfüllung der einjährigen Wartezeit - ein Rentenanspruch frühestens ab Februar 2011 besteht. Damit hat er gestützt auf Art. 29 Abs. 3 IVG Anspruch auf eine Invalidenrente ab 1. Februar 2011.

6.1 Der Invaliditätsgrad ist bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG). Die IV-Stelle nahm in der angefochtenen Verfügung vom 9. April 2013 zur Ermittlung der Einschränkung des Versicherten im Erwerbsbereich den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ermittelte sie anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BSF) ein Valideneinkommen von Fr. 61'164.-- und unter Berücksichtigung eines leidenbedingten Abzugs von 10 % ein Invalideneinkommen von Fr. 55'048.--. Die Bemessungsgrundlagen für die Ermittlung des Invaliditätsgrades erweisen sich grundsätzlich als rechters und werden vom Versicherten nicht beanstandet. Die Berechnung der IV-Stelle ist jedoch gemäss den in Erwägungen 5.1 und 5.2 dargelegten Ausführungen wie folgt zu korrigieren:

6.2 Laut Tabelle TA1 der LSE 2010, Total, belief sich der monatliche Bruttolohn für die im privaten Sektor mit einfachen und repetitiven Aufgaben (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Männer auf Fr. 4'901.--. Umgerechnet auf eine Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft, 7/8/2013, S. 94, Tabelle 9.2.) beträgt das Jahreseinkommen Fr. 61'311.50. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2011 von 1 % (vgl. BSF, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976 - 2011, Männer) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 61'925.--.

6.3 Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) sind ebenfalls die Tabellenlöhne heranzuziehen. Ausgehend vom für das Jahr 2011 massgebenden Valideneinkommen von Fr. 61'925.-- ergibt sich bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Rentenbeginn (= 1. Februar 2011) ein jährliches Einkommen von Fr. 30'962.50 (Fr. 61'925.-- : 2) und bei einer ab 29. August 2011 zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % ein solches von Fr. 61'925.--. Unter Berücksichtigung eines leidenbedingten Abzugs von 10 % beträgt das hier massgebende Invalideneinkommen Fr. 27'866.-- (bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 %) bzw. Fr. 55'732.50 (bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 %).

6.4 Stellt man im Einkommensvergleich das für die Zeit vom 1. Februar 2011 bis 28. August 2011 massgebende Invalideneinkommen von Fr. 27'866.-- dem Valideneinkommen von Fr. 61'925.-- gegenüber, so resultiert daraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 34'059.--, was einen Invaliditätsgrad von rund 55 % ergibt (zur Rundungspraxis des Bundesgerichts vgl. BGE 130 V 121 ff.). Der für die Zeit ab 29. August 2011 vorzunehmende Einkommensvergleich ergibt bei

einem Valideneinkommen von Fr. 61'925.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 55'732.50 einen Invaliditätsgrad von 10 %.

6.5 Demgemäss hat der Versicherte bei einem Invalidengrad von 55 % für die Zeit vom 1. Februar 2011 bis 28. August 2011 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. In diesem Zusammenhang gilt es allerdings die Bestimmung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 zu beachten, wonach bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die Anspruch beeinflussende Änderung für die Herabsetzung der Leistung von dem Zeitpunkt zu berücksichtigen ist, in welchem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall von Belang, nachdem sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate andauert und voraussichtlich länger andauern wird. Bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ab 29. August 2011, hat der Versicherte gestützt auf Art. 88a Abs. 1 IVV bis Ende November 2011 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Die angefochtene Verfügung vom 9. April 2013, mit welcher die Zusprechung einer Rente abgelehnt wurde, ist somit aufzuheben und es ist dem Versicherten rückwirkend ab 1. Februar 2011 eine bis 30. November 2011 befristete halbe Invalidenrente auszurichten. Demgemäss ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. 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; gegenüber den Vorinstanzen bzw. den kantonalen Behörden werden indessen grundsätzlich keine Verfahrenskosten erhoben. Da vorliegend die Vorinstanz unterlegen ist, ist auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten.

7.2 Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Sein Rechtsvertreter wies in seiner Honorarnote vom 27. Juli 2013 einen Zeitaufwand von insgesamt 9,25 Stunden sowie Auslagen von Fr. 40.-- aus, was umfangmässig nicht zu beanstanden ist. Seine Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Damit ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'573.65 (9,25 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 40.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine vom 1. Februar 2011 bis 30. November 2011 befristete halbe Invalidenrente hat; im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'573.65 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) auszurichten.

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