



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 29. Juni 2017 (720 16 295 / 169)

Invalidenversicherung

Aufgrund der weitgehend unauffälligen Psychopathologie und der Tatsache, dass es den Gutachtern wegen des Verhaltens des Versicherten nicht möglich war, eine allfällig vorhandene Leistungsunfähigkeit zu eruieren, kann keine rentenbegründende Invalidität angenommen werden.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch André Baur, Advokat, Greifengasse 1, Postfach 1644, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1954 geborene A.____, gelernter Automechaniker, war zuletzt beim Personalverleihbetrieb B.____AG als Bauarbeiter angestellt. Am 25. Januar 2011 meldete er sich bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse abgeklärt hatte, ermittelte sie

einen IV-Grad von 3%. Gestützt auf dieses Ergebnis wies sie einen Anspruch von A.____ auf eine Rente nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 19. Juli 2016 ab.

B. Hiergegen erhob A.____ am 14. September 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsgericht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihm ab 1. März 2012 eine ganze Rente zuzusprechen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege. Zur Begründung führte er sinngemäss aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. Am 11. November 2016 zeigte Advokat André Baur an, dass er den Beschwerdeführer vertrete.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 14. November 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit Verfügung vom 23. November 2016 wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege mit Advokat Baur als Rechtsvertreter bewilligt.

F. Mit Replik vom 30. Januar 2017 beantragte der Beschwerdeführer, es sei ein gerichtliches Obergutachten aus dem Fachbereich Psychiatrie einzuholen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, ihm rückwirkend ab 1. August 2011 eine ganze Rente auszurichten und diese ab 1. August 2013 mit 5% pro Jahr zu verzinsen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er eine angemessene Parteientschädigung. Zur Begründung hielt er im Wesentlichen fest, dass das Gutachten der Rehaklinik C.____ unter Missachtung der vom Bundesgericht entwickelten Grundsätze erstellt worden sei und auch inhaltlich die Anforderungen an ein beweiskräftiges medizinisches Gutachten nicht erfülle.

G. Die IV-Stelle hielt in ihrer Duplik vom 3. April 2017 am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 14. September 2016 ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2016 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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 128 V 30 E. 1).

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

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 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).

4.3 Dennoch erachtet es die 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 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren 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; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 9. August 2000, I 437/99, E. 4b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter

im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.4 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).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

6. Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

6.1 Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung D.____ erstattete Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten über den Versicherten. Am 2. Januar 2011 diagnostizierte er eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.1) und einen Status nach wahn-

hafter Störung (Vergiftungswahn). Die Beurteilung des derzeitigen psychischen Zustandes des Versicherten sei ausgesprochen schwierig, da die Kooperation beeinträchtigt sei. Es sei nicht möglich zu unterscheiden, ob der Explorand nicht mitarbeiten könne oder wolle. Die Affektivität sei schwankend, er wirke misstrauisch, dysphorisch, habe aber keine Insuffizienzgefühle. Fremdanamnestic sei er zu Hause aggressiv und spreche mit sich selbst. Es sei durchaus möglich, dass sich beim Versicherten eine schleichende psychotische Erkrankung manifestiere oder ein dementieller Prozess vorliege. Andererseits sei er sehr schnell in der Auffassung, korrigiere auch zwischendurch die Übersetzerin und weise eine leicht manipulierende Wesensart auf. Nach fremdanamnestic Angaben des langjährig behandelnden Arztes Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sei die Symptomatik des Versicherten nicht willentlich gesteuert. Es müsse deshalb davon ausgegangen werden, dass beim Exploranden ein Vergiftungswahn und eine schleichend verlaufende paranoide Erkrankung vorliege. Eine Ursache dafür festzulegen sei ihm nicht möglich. Derzeit bestünde bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Da die Psychopathologie noch nicht geklärt sei, seien eine Hospitalisation und eine stationäre Beobachtung in Erwägung zu ziehen. Zudem sei eine neuropsychologische Abklärung indiziert.

6.2 Die IV-Stelle beauftragte Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit einem Gutachten. Am 27. September 2011 diagnostizierte er einen Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und auf eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0). Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich. In Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit würden deutliche Inkonsistenzen bestehen und die Motivation sei fraglich. Dies würden auch die Ergebnisse der Abklärungen mit Symptomvalidierung zeigen. Der behandelnde Arzt Dr. F.____ halte die psychotische Symptomatik für glaubhaft. Zur genaueren Diagnostik und Abklärung der Arbeitsfähigkeit erscheine eine stationäre Abklärung des Versicherten sinnvoll.

6.3 Am 1. Februar 2013 diagnostizierte Dr. F.____ eine seit März 2011 bestehende paranoide Schizophrenie mit spätem Beginn (ICD-10 F20.0) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.2). Der Versicherte habe wiederkehrend akustische und optische Halluzinationen sowie Vergiftungsideen. Der Einsatz verschiedener Medikamente (Olanzapin, Aripiprazol und Seroquel) habe keine Verbesserung der Symptomatik gebracht. Gegenwärtig würden wöchentliche ambulante psychotherapeutische Gespräche geführt und eine neuroleptische Medikation verabreicht. Es bestünde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

6.4 Am 15. August 2013 hielt Dr. F.____ fest, dass sich die Symptomatik chronifiziert habe. Es bestünden nach wie vor in dem Sinne akustische Halluzinationen, als der Versicherte fremde Leute sehe, die ihn begleiten und auffordern würden, Dinge zu machen, die er in der Regel auf keinen Fall tun würde. Die Entwicklung spreche für eine chronisch paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) mit immer weiter bestehendem Residuum. Trotz verschiedensten neuroleptischen Medikamenten sei es zu keiner Besserung der Symptomatik gekommen.

6.5 Der Beschwerdeführer wurde im Auftrag der IV-Stelle vom 22. bis 26. September 2014 in der Rehaklinik C.____ stationär abgeklärt. Nach eigenen Untersuchungen, Laboranalysen,

neuropsychologischen Abklärungen und Fremdanamnesen hielten Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und der Psychologe lic. phil. I.____ am 5. August 2015 fest, dass sich die von Dr. G.____ beschriebenen Inkonsistenzen in der aktuellen Begutachtung in wesentlich verstärktem Ausmass gezeigt hätten. Die Angaben des Versicherten zur psychischen Symptomatik seien sehr vage geblieben. Auf Nachfrage hin sei er ausgewichen, teilweise mit ausgeprägten Danebenantworten. Bei Insistieren habe der Versicherte das Gespräch abbrechen wollen. Die Angaben zu den optischen Halluzinationen seien nicht konsistent. Konkrete Hinweise auf ein Wahnerleben im Zusammenhang mit den angegebenen Sinnestäuschungen würden sich nicht finden. Die Angaben zum Vergiftungswahn würden sich darin erschöpfen, dass seine Frau jünger sei als er. Eine objektivierbare Begleitsymptomatik, wie sie bei lang andauernden und behandlungsresistenten Schizophrenien zu erwarten wäre, fehle gänzlich. So seien keine formalen Denkstörungen mit Inkohärenzen, Zerfahrenheit und Neologismen oder affektive Störungen wie Parathymie festzustellen. Auffällig sei, dass der Versicherte keine Negativsymptomatik, wie etwa Affektverflachung, Apathie, Anhedonie, Kontaktunfähigkeit oder Aufmerksamkeitsstörungen zeige, was nach so langer Erkrankungsdauer zu erwarten gewesen wäre. In seinem Verhalten habe sich der Versicherte weder in den Therapien noch auf der Abteilung noch in den Untersuchungen auffällig gezeigt. Zwar gebe er an, bei den Stimmen auch Befehle zu hören, was bei einer Schizophrenie typisch sei. Atypisch sei indes, dass die Stimmen einfach mit ihm reden und ihm Fragen stellen würden. Häufige Versuche, tiefer zu explorieren, hätten aufgrund des Verhaltens des Versicherten zu keinen Ergebnissen geführt. Auch die Angaben der Partnerin des Beschwerdeführers, wonach er nachts herumlaufe, sich nicht selbstständig waschen, rasieren und die Zähne putzen könne und zeitweise inkontinent sei, viel rede und aggressiv sei, würden im Widerspruch stehen zum beobachteten Funktionsniveau während dem Aufenthalt in der Klinik, wo er sich völlig selbstständig bewegt und keinerlei Auffälligkeiten oder Einschränkungen in seinem Verhalten gezeigt habe. Diese klinisch erhobenen Befunde würden durch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen bestätigt. Der Versicherte habe in drei von fünf durchgeführten Validierungstests sehr auffällige Ergebnisse erzielt. Zudem seien die kognitiven Leistungstests überwiegend sehr tief ausgefallen und hätten Inkonsistenzen aufgewiesen. Das erhobene Leistungsprofil sei in keiner Weise mit den Diagnosen vereinbar. Insgesamt sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die vom Exploranden präsentierten kognitiven Einschränkungen nicht valide und nicht authentisch seien. Aufgrund der Ergebnisse der standardisierten Symptomvalidierung müsse mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine vorgetäuschte neuropsychologische Störung angenommen werden. Das Ergebnis der Symptomvalidierung könne auch nicht mit einem psychotischen Zustand erklärt werden, da beim Versicherten durchgängig ein geordnetes Gespräch möglich gewesen sei und er sich während dem Aufenthalt in der Klinik unauffällig präsentiert habe. Das Funktionsniveau, die objektiv weitgehend unauffällige Psychopathologie und die vom Versicherten angegebene Phänomenologie der Symptomatik sprächen gegen eine schwere wahnhafte resp. psychotisch depressive Störung. Authentisch und erklärbar sei indes der Schmerz im Zusammenhang mit der Trennung von seiner ersten Familie. Dieser sei aber ohne Krankheitswert. In Anbetracht der offenbar regelmässigen Einnahme von Psychopharmaka sei zwar nicht ausgeschlossen, dass eine leichtere, die Leistungsfähigkeit jedoch nicht oder nur in leichtem Ausmass beeinträchtigende psychische Symptomatik vorliege. Auffällig sei aber, dass sich trotz hoher Medikamentendosierung weder im Längs- noch im

Querschnitt eine Verbesserung der produktiv-psychotischen Symptomatik eingestellt habe. Da eine nicht-authentische Beschwerde- resp. Leistungspräsentation vorliege, könne das Ausmass einer möglichen authentischen Symptomatik resp. die Leistungsfähigkeit nicht beurteilt werden.

6.6 Am 23. Mai 2016 hielt Dr. F.____ fest, dass der Versicherte seit März 2011 an einer paranoiden Schizophrenie mit spätem Beginn (ICD-10 F20.0) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.2/F33.3) leide. Zudem bestünde ein Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Er behandle den Versicherten seit 1999. Seit Februar 2013 würden wöchentliche psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche durchgeführt. In Krisensituationen würden zwei Konsultationen pro Woche stattfinden. Die aktuelle paranoide Schizophrenie habe schleichend begonnen und sei in den Anfängen schnell und erfolgreich mit dem Neuroleptikum Olanzapin behandelt worden. Die diagnostischen Kriterien für eine Schizophrenie seien erfüllt. So weise der Versicherte einen Beeinflussungs-, Kontroll- und Beziehungswahn im Sinne eines Eifersuchts- und Vergiftungswahns sowie Gedankeneingebung und kommentierende resp. dialogisierende Stimmen auf. Ausserdem seien täglich optische und akustische Halluzinationen vorhanden. Hinzu kämen Zerfahrenheit, Apathie, inadäquate Affekte sowie drohende und befehlende Stimmen. Der Versicherte habe die schweren psychotischen Symptome während längerer Zeit gut unterdrücken können. Er habe Angst vor Stigmatisierung. Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung habe aktuell keine Relevanz. Der Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig. Im Gutachten der Rehaklinik C.____ vom 8. Mai 2015 seien die Darstellung der Akten und die ausführliche Beschreibung weitgehend von den Vorgutachtern Dr. E.____ und Dr. G.____ übernommen worden. Nach ICD-10 könnten bei einer paranoiden Schizophrenie optische und akustische Halluzinationen durchaus gleichzeitig vorhanden sein. Das Gutachten der Rehaklinik C.____ vom 5. August 2015 sei unsorgfältig verfasst und der Versicherte sei nicht ernst genommen worden. So sei nicht berücksichtigt worden, dass der Versicherte eine dementielle Mutter und einen psychisch kranken Onkel gehabt habe. Die im Gutachten vom Versicherten beschriebene Symptomatik würden die Kriterien für eine paranoide Schizophrenie erfüllen. Nach Auffassung des Versicherten habe ihn der Gutachter um jeden Preis als Lügner und Simulanten darstellen wollen. Tatsächlich sei das Gutachten tendenziös, einseitig und es entspreche nicht dem objektiven klinischen Bild des Versicherten. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung seien wohl aus sprachlichen Gründen nicht verwertbar. Insgesamt sei das Gutachten weder schlüssig noch nachvollziehbar. Vielmehr sei von einer Fehlbeurteilung auszugehen.

7.1 Die IV-Stelle ging gestützt auf das Gutachten der Rehaklinik C.____ vom 5. August 2015 davon aus, dass der Versicherte keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufweise. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.3 hiavor), 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. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten der Rehaklinik C.____ vom 5. August 2015 in Frage zu stellen oder

gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage in jeder Hinsicht erfüllt. So weist es weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) – umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. So wurde der Versicherte anlässlich des fünftägigen stationären Aufenthalts eingehend psychiatrisch exploriert. Hinzu kommen neuropsychologische Untersuchungen sowie fremdanamnestic Angaben von Pflegepersonal und der Partnerin des Beschwerdeführers. Sodann weist das Gutachten keine Widersprüche auf und es setzt sich mit der Krankengeschichte und den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 6.5 hiervor) wiedergegebenen Darlegungen des Gutachters Dr. H.____ vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann.

7.2 Soweit der Beschwerdeführer einwendet, bei der Vergabe des Gutachtensauftrags an die Rehaklinik C.____ seien seine Gehörs- und Partizipationsrechte „ausgehebelt“ worden, kann ihm nicht gefolgt werden. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat in seinem Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI, gültig ab dem 1. Januar 2010) festgehalten, wie bei der Auftragsvergabe für eine Begutachtung vorzugehen ist. An diese Weisungen hat sich die Vorinstanz gehalten. So wurde der Beschwerdeführer nach der Lage der Akten am 9. Oktober 2013 über die bevorstehende Abklärung in der Rehaklinik C.____ orientiert und es wurde ihm der Fragekatalog zugestellt. Gleichzeitig wurde er darauf hingewiesen, dass ihm die Möglichkeit zusteht, Zusatzfragen zu stellen. Zudem wurden ihm mit Schreiben vom 20. August 2014 – unter Beilage des Schreibens der Rehaklinik C.____ vom 19. August 2014 – die Namen und das jeweilige Fachgebiet der mit dem Gutachten zu beauftragten Personen bekanntgegeben und ihm eine Frist von 10 Tagen eingeräumt, um Einwände gegenüber der Institution oder die Gutachter zu erheben. Inwiefern bei diesem Vorgehen die Gehörs- und Partizipationsrechte „faktisch ausgehebelt“ worden seien, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht, ist nicht nachvollziehbar. Namentlich nennt er weder auf den konkreten Fall bezogene Ausstandsgründe noch legt er substantiiert dar, inwiefern die in BGE 137 V 210 aufgestellten Regeln, welche bei der Vergabe von Gutachten einzuhalten sind, tatsächlich verletzt worden sind. Der diesbezügliche Einwand des Versicherten ist daher nicht stichhaltig.

7.3.1 Auch die inhaltliche Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten ist nicht geeignet, dessen ausschlaggebenden Beweiswert in Frage zu stellen. Zunächst zielt die Rüge ins Leere, wonach Dr. H.____ keine objektive Untersuchung vorgenommen und es darauf ausgelegt habe, Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten in Bezug auf das Verhalten des Versicherten, die Diagnose und die Beurteilung von Dr. F.____ aufzuzeigen, um die Beurteilungen der Dres. E.____ und G.____ zu bestätigen. Vielmehr ist festzustellen, dass sich Dr. H.____ differenziert mit den eigenen Beobachtungen und den Einschätzungen von Dr. F.____ auseinandersetzt und ausführlich begründete, weshalb er die vom Beschwerdeführer geschilderte Symptomatik als nicht authentisch erachtet. Hinweise darauf, dass es dem Gutachter nicht ernsthaft daran gelegen hat, die Symptomatik und das Krankheitsbild des Beschwerdeführers zu erforschen, sind jedenfalls nicht ersichtlich. Zudem beinhaltet das Gutachten keine Äusserungen unsachlicher Art, die objektiv Zweifel an der Unvoreingenommenheit des Gutachters wecken würden. Wenn der Beschwerdeführer einwendet, der Gutachter habe sich mit der von

Dr. F.____ diagnostizierten schwer- bis mittelgradigen Depression nicht hinreichend auseinandergesetzt, ist darauf hinzuweisen, dass die Testresultate des MADRS (Montgomery-Asperg Depression Rating Scale) aufgrund der vagen Angaben des Versicherten nicht ausgewertet werden konnten. Aufgrund des beobachteten Funktionsniveaus des Beschwerdeführers und der angegebenen Phänomenologie der Symptomatik erachtete der Gutachter aber das Vorliegen einer namhaften Störung aus dem depressiven Formenkreis als nicht erstellt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers überzeugt auch die Beurteilung des Gutachters, wonach mit hoher Wahrscheinlichkeit der Bestand einer paranoiden Schizophrenie zu verneinen sei, legte er doch detailliert dar, weshalb die von ihm geschilderten Symptome mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht authentisch und mit dieser nicht vereinbar sind. Seine aufgrund der klinisch erhobenen Befunde und dem Verhalten des Beschwerdeführers während dem Aufenthalt in der Klinik gewonnenen Erkenntnisse werden denn auch durch die Ergebnisse der neuropsychologischen Validierungstests bestätigt, wonach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein nicht authentisches Verhalten des Versicherten zu schliessen sei. Auf die Kritik des Versicherten an den Beschwerdevalidierungstests muss letztlich nicht weiter eingegangen werden, weil Dr. H.____ aufgrund der klinisch erhobenen Befunde auch ohne die Testergebnisse nicht zu einem anderen Ergebnis gelangt wäre. Da die Tests im Beisein einer Dolmetscherin durchgeführt wurden, ist im Übrigen nicht davon auszugehen, dass der Testung sprachliche Hindernisse entgegenstanden. Hinweise auf sprachliche Verständigungsschwierigkeiten ergeben sich aus den Testberichten jedenfalls nicht. Wenn vorgebacht wird, dass die Erkrankung nach aussen kaum wahrgenommen werde, da der Beschwerdeführer aus Angst vor Stigmatisierung seine Symptome verberge, ist demgegenüber darauf hinzuweisen, dass das Gutachten ausführliche Angaben des Versicherten über seine Symptome enthält. Insgesamt erscheinen die Untersuchungsergebnisse aus der stationären Abklärung schlüssig und sie lassen keine Widersprüche erkennen.

7.3.2 Soweit sich der Beschwerdeführer auf die Berichte des behandelnden Arztes Dr. F.____ beruft, fällt zunächst auf, dass dieser widersprüchliche Angaben zur Wirksamkeit der verabreichten Medikation macht: Während er in den Berichten vom 1. Februar 2013 und 15. August 2013 ausführte, dass verschiedene neuroleptische Medikamente nicht zu einer Besserung der Symptomatik geführt hätten, hielt er demgegenüber im Bericht vom 23. Mai 2016 fest, dass die paranoide Schizophrenie in den Anfängen schnell und erfolgreich mit dem Neuroleptikum Olanzapin habe behandelt werden können. Diese Widersprüchlichkeit lässt Zweifel an der Beurteilung von Dr. F.____ aufkommen. Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass die Berichte der behandelnden Ärzte nach der Rechtsprechung aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (vgl. E. 4.3 hiervor). Die unterschiedliche Beurteilung ergibt sich aus der Divergenz zwischen Behandlungs- und Abklärungsauftrag. Daher kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil vom 4. März 2013, 9C_794/2012, E. 4.2 mit Hinweisen). Dies gilt vorliegend umso mehr, als Dr. F.____ in seinen Berichten vom 1. Februar 2013, 15. August 2013 und 23. Mai 2016 keine Aspekte benennt, die im Rahmen der Begutach-

tung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Insgesamt vermögen die Einwände des Beschwerdeführers das Gutachten der Rehaklinik C._____ nicht in Frage zu stellen.

7.4 Da das Gutachten der Rehaklinik C._____ vom 5. August 2015 nachvollziehbar von einer vorgetäuschten neuropsychologischen Störung ausgeht, durfte die Vorinstanz in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 137 V 64 E. 5.2; 136 I 229 E. 5.3) – ohne gegen den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zu verstossen – auf weitere medizinische Abklärungen verzichten, weil davon keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten waren (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2015, 8C_209/2015 E. 6.3.2). Mit Blick auf die im Gutachten beschriebene objektiv weitgehend unauffällige Psychopathologie und der Tatsache, dass es den Gutachtern wegen des Verhaltens des Versicherten während der Begutachtung nicht möglich war, eine allfällig vorhandene Arbeits- und Leistungsunfähigkeit zu eruieren, kann rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1f.) keine rentenbegründende Invalidität angenommen werden. Die von der Vorinstanz verfügte Rentenablehnung ist demnach nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde daher abzuweisen.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 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. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Da ihm mit Verfügung vom 23. November 2016 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse.

8.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer ebenfalls mit Verfügung vom 23. November 2016 die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt wurde, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 30. Januar 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 14,66 Stunden und Auslagen von Fr. 115.30 geltend gemacht, was umfangmässig angesichts der sich stellenden Sach- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'292.50 (14,66 Stunden à Fr. 200.-- und Auslagen von Fr. 115.30 zuzüglich Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

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

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'292.50 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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