



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

**vom 15. März 2012 (720 11 324 / 80)**

---

**Invalidenversicherung**

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

Besetzung                      Präsidentin Eva Meuli Ziegler, Kantonsrichter Michael Guex, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Elisabeth Joller

Parteien                      **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Alex Hediger, Advokat, Freie Strasse 82, Postfach, 4010 Basel

gegen

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

Betreff                      IV-Rente

A.            Der 1956 geborene A.\_\_\_\_ war zuletzt bei der B.\_\_\_\_ AG in X.\_\_\_\_ als Hilfsarbeiter angestellt. Letzter effektiver Arbeitstag war der 15. September 2008; das Arbeitsverhältnis wurde von der Arbeitgeberin per Ende November 2009 aufgelöst. Am 21. Oktober 2008 meldete sich A.\_\_\_\_ unter Hinweis auf eine Depression bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle klärte die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab und veranlasste namentlich ein interdisziplinäres Gutachten in den medizinischen Fachbereichen Rheumatologie und Psychiatrie. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens holte die IV-Stelle nebst weiteren medizinischen Berichten zudem ein neurologisches Gutachten ein. Mit

Verfügung vom 2. August 2011 sprach sie A.\_\_\_\_ eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. September 2009 bis zum 31. März 2010 zu; ab dem 1. April 2010 lehnte sie einen Rentenanspruch des Versicherten unter Hinweis auf einen Invaliditätsgrad von 28% ab.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Dr. iur. Alex Hediger, Advokat in Basel, am 14. September 2011 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, die Verfügung der IV-Stelle vom 2. August 2011 sei teilweise aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung über den 31. März 2010 hinaus eine ganze Invalidenrente auszurichten; zudem sei ihm die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Dr. Hediger als Rechtsvertreter zu bewilligen. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter im Wesentlichen aus, es ergebe sich aus diversen Arztberichten, dass die gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten weit gravierender seien und sich stärker auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, als von der IV-Stelle angenommen. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ab Januar 2010 sei nicht eingetreten. Vielmehr sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seither laufend verschlechtert habe, so dass von einer Arbeitsfähigkeit aktuell keine Rede sein könne. Im Übrigen sei der von der IV-Stelle vorgenommene Einkommensvergleich nicht korrekt, da sie keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen habe. Aufgrund der multiplen Einschränkungen des Beschwerdeführers bezogen auf die Art und den Umfang der noch möglichen Tätigkeit, sein Alter, seine Ausbildung und seine Herkunft sei ein maximaler leidensbedingter Abzug von 25% vorzunehmen.

C. Mit Verfügung der Präsidentin des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 20. Oktober 2011 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Dr. Hediger als Rechtsvertreter bewilligt.

D. Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 6. Januar 2012 auf Abweisung der Beschwerde. Sie wies die Kritik des Beschwerdeführers an der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zurück. Hinsichtlich des Einkommensvergleichs hielt die IV-Stelle fest, dem Beschwerdeführer sei aufgrund des noch möglichen Umfangs einer Erwerbstätigkeit ein Teilzeitabzug von 10% vom Invalideneinkommen zu gewähren. Ein weitergehender Abzug rechtfertige sich nicht. Zudem korrigierte sie das Valideneinkommen, indem sie neu einerseits den 13. Monatslohn berücksichtigte, andererseits jedoch die Kinderzulagen in Abzug brachte. Sie errechnete auf diese Weise neu einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 37%.

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 Be-

handlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist demnach einzutreten.

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

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. 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).

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

4.4 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 unbesehen auf die Angaben des behandelnden Spezialisten abgestellt werden (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilung] 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 Atteste 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).

5.1 Die IV-Stelle stellte in der angefochtenen Verfügung vom 2. August 2011 zunächst auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, vom 28. Januar 2010, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 26. Januar 2010, sowie die daraus resultierende interdisziplinäre Konsensbeurteilung ab.

5.1.1 Dr. C.\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 28. Januar 2010 keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, da der Versicherte an seinem letzten Arbeitsplatz eine leichte bis intermittierend mittelschwere, rückenadaptierte Tätigkeit habe verrichten können, bei der die Arbeitsposition zwischen Stehen und Sitzen variiert habe. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.\_\_\_\_ ein chronisches, linksbetontes Lumbovertebralsyndrom bei progredienter Osteochondrose LWK 4/5 und Olisthesis LWK 4/5 sowie LWK 3/4, jeweils Grad I bei distal-lumbalen Spondylarthrosen, einer Diskusprotrusion LWK 4/5 sowie ei-

ner linkskonvexen thorako-lumbalen Skoliose. Zudem diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_\_ eine Protrusio acetabuli beidseits mit Coxarthrose links mehr als rechts, eine Ansatz tendinose am medialen Beckenkamm links mehr als rechts mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein, ein Piri-formissyndrom links, eine Periarthropathia humeroscapularis rechts mit Supraspinatustendinose und endständigem Schulterimpingement, Spreizfüsse bei leichten, kompensierbaren Knick-Senkfüssen sowie schliesslich einen Verdacht auf beginnenden Morbus Dubuytren am Strahl III der rechten Hand.

Dr. C.\_\_\_\_\_ wies darauf hin, dass gemäss aktueller Anamnese und entsprechend der Aktenlage bereits seit circa 1997 symptomatische degenerative Veränderungen im Bereich der distalen Lendenwirbelsäule und an den Hüftgelenken bestünden. Trotzdem habe der Versicherte seiner Arbeitstätigkeit immer nachgehen können. Im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit sei retrospektiv aus gutachtlicher Sicht wichtig, dass der Versicherte nur leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten habe ausüben müssen. Aus rheumatologischer Sicht könne nicht nachvollzogen werden, weshalb nach der Krankschreibung im Herbst 2008 mehrere Arbeitsversuche gescheitert seien. Aus der Aktenlage gehe denn auch hervor, dass der Versicherte zwar auch Schmerzen angegeben habe, die Arbeitsversuche aber vordergründig aus Angst, den Anforderungen nicht zu genügen, abgebrochen hat. Es müsse bestätigt werden, dass beim Versicherten progrediente degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule mit ausgeprägter Osteochondrose und Olisthesis vorliege. Klinische Zeichen einer Instabilität fänden sich indessen weder anamnestisch noch aufgrund der körperlichen Untersuchung. In der klinischen Untersuchung seien einerseits Zeichen von diskogenen Kreuzschmerzen, andererseits aber auch Zeichen eines sogenannt vermehrten Schmerzgebarens mit 3 von 5 positiven Waddell-Zeichen gefunden worden. Die diskogenen Kreuzschmerzen seien belastungs- und bewegungsabhängig; für die bisher ausgeübte, leichte bis intermittierend mittelschwere rückenadaptierte Tätigkeit könne in Anbetracht der klinischen Befunde, welche stärker zu gewichten seien als die radiologischen, aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Zusammenfassend lägen beim Versicherten progrediente degenerative Veränderungen im distalen Teil der Wirbelsäule und im Bereich der Hüftgelenke vor, welche die Belastbarkeit dieser Region einschränken und einen Teil der vom Versicherten umschriebenen Beschwerden erklären würden. Die klinische Untersuchung zeige aber auch, dass weiterhin eine gewisse Belastbarkeit vorhanden sei. Wegen der symptomatischen degenerativen Veränderungen an Hüftgelenken und Wirbelsäule bestünden sowohl qualitative wie auch quantitative Beeinträchtigungen. Aus rheumatologischer Sicht seien dem Versicherten nur noch leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten zumutbar, die weder verbunden seien mit wiederholten Bück- oder Torsionsbewegungen noch mit wiederholten oder länger dauernden Arbeitsstellungen vornüber geneigt oder rekliniert. Auch eine ständig stehende oder gehende Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis intermittierend mittelschwere, rückenadaptierte Tätigkeit könne der Versicherte jedoch ausüben.

5.1.2 Im psychiatrischen Fachgutachten vom 26. Januar 2010 diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_\_ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode. Anamnestisch liessen sich beim Versicherten die Symptome der Durchschlafstörung, der Müdigkeit und Kraftlosigkeit tagsüber, der zeitweise gereizt-aggressiven, manchmal auch bedrückt traurigen Stimmung, der Ängstlichkeit, der Freudlosigkeit, des mässigen Appetits, des verminderten Selbstvertrauens, der Konzentrations- und Gedächtnisstörung, der Wortfindungsstörung, des sozialen Rückzugs sowie des manchmal auftretenden Gefühls allgemeiner Sinnlosigkeit eruieren. Diese

Symptome würden die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien erfüllen. In der direkten Untersuchungssituation sei die Stimmung des Versicherten ernst, jedoch nicht bedrückt; die affektive Modulationsfähigkeit sei leichtgradig eingeschränkt, nicht hingegen die Vitalität; der Gedankengang sei als eher langsam, nicht aber gehemmt zu beurteilen. Die von Versicherten geklagte Konzentrationsstörung könne nicht objektiviert werden. Der Schweregrad der depressiven Episode sei insgesamt, unter Berücksichtigung der Untersuchungsbefunde, als leicht- bis mittelgradig zu beurteilen. In ursächlicher Hinsicht seien einerseits die am Arbeitsplatz aufgetretenen Konflikte und andererseits der gewaltsame Konflikt mit einem albanischen Bekannten zu nennen. Aufgrund der Angaben des Versicherten müsse davon ausgegangen werden, dass die kognitiven Störungen primär aufgetreten seien, was zu Fehlern am Arbeitsplatz und Konflikten mit Mitarbeitern und Vorgesetzten geführt habe. Inwieweit diese kognitiven Störungen als primäre Ausdrucksform der sich anbahnenden Depression zu verstehen seien, könne nicht definitiv festgelegt werden. Auffallend sei ein MRI des Schädels vom 6. Oktober 2009, in welchem eine für das Alter des Versicherten aussergewöhnliche vaskuläre Leukenzephalopathie und eine schon etwas fortgeschrittene kortikale Hirnatrophie mit diskreter frontaler Betonung nachgewiesen worden sei. Aus psychiatrischer Sicht liesse sich nicht schlüssig beurteilen, ob diese Befunde in einem ursächlichen Zusammenhang mit den kognitiven Störungen stünden, im Sinne einer allenfalls beginnenden Frühdemenz. Zur Klärung dieser Frage sei eine neurologische Beurteilung sinnvoll. Insgesamt müsse indessen festgehalten werden, dass die kognitive Störung aufgrund der Untersuchungsbefunde als lediglich leichtgradig zu beurteilen sei; es hätten während der knapp zwei Stunden dauernden Untersuchung klinisch keine Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen und auch nicht durchgehend eine mnestiche Funktionsstörung festgestellt werden können.

Im Vergleich mit den Befunden im Bericht der Kantonalen Psychiatrischen Klinik (KPK) Liestal lasse sich zum aktuellen Zeitpunkt kein deprimierter und hoffnungsloser oder gar verarmter Affekt und auch keine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit nachweisen. Es sei diesbezüglich zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen. Im Vergleich mit den Befunden im Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. November 2008 könne gar eine deutliche Verbesserung festgestellt werden, zumal der Versicherte keinen im Affekt schwer deprimierten Eindruck mehr hinterlasse. Aus der Blutkonzentrationsbestimmung werde deutlich, dass der Versicherte die ihm verordneten Psychopharmaka nur teilweise regelmässig einnehme; auch das spreche dafür, dass der Schweregrad der Depression aktuell eher als leicht- bis mittelgradig zu beurteilen sei.

Eine posttraumatische Belastungsstörung könne aufgrund der Untersuchungsbefunde nicht diagnostiziert werden. Der Versicherte leide zwar an ein- bis zweimal wöchentlich auftretenden Albträumen, es liessen sich jedoch keine eigentlichen Flashbacks tagsüber nachweisen. In der Untersuchungssituation habe der Versicherte ohne äusserlich sichtbare psychovegetative Mitbeteiligung über das traumatisierende Ereignis vom August 2009 sprechen können; zudem lasse sich keine Hypervigilanz und keine ausgeprägte Schreckhaftigkeit, auch keine emotionale Stumpfheit und Gleichgültigkeit anderen Menschen gegenüber erkennen. Ebenso wenig lasse sich die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung stellen, da sich die Schmerzen des Versicherten hinreichend durch körperliche Störungen erklären liessen.

Aufgrund der Beschwerden von Seiten der leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode, insbesondere der vom Versicherten subjektiv geklagten kognitiven Störungen, des eher langsamen Gedankenganges, der Müdigkeit und Kraftlosigkeit sowie der bedrückt-traurigen Stimmung sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer alternativen Tätigkeit als zu 30% einge-

schränkt zu beurteilen. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten gekündigt worden. Eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Da die diesbezüglichen Angaben des Versicherten nicht sehr präzise seien, könne der Zeitpunkt der Verbesserung der depressiven Symptomatik seit der Klinikentlassung retrospektiv nicht präzisiert werden. Es müsse daher von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab dem Untersuchungszeitpunkt ausgegangen werden.

5.1.3 In der interdisziplinären Beurteilung vom 26. Januar 2010 hielt Dr. D.\_\_\_\_\_ nach Rücksprache mit Dr. C.\_\_\_\_\_ fest, aus rheumatologischer Sicht seien dem Versicherten keine körperlich mittelschweren oder schweren, sondern lediglich noch leichte bis intermittierend mittelschwere, rückenadaptierte Tätigkeiten ohne spezifische Belastung der Hüftgelenke zumutbar. Darüber hinaus bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% ab dem 11. Januar 2010. Eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht.

5.2.1 Mit Schreiben vom 17. April 2010 erhob Dr. E.\_\_\_\_\_ in seiner Eigenschaft als behandelnder Psychiater im Namen des Beschwerdeführers Einwände gegen den Vorbescheid der IV-Stelle vom 29. März 2010. Im Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ würden die objektiv nachgewiesenen psychiatrischen und somatischen Befunde verharmlost und bagatellisiert. Die schweren degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates beeinträchtigten entgegen den Aussagen Dr. C.\_\_\_\_\_s die Arbeitsfähigkeit deutlich. Es sei zudem nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. D.\_\_\_\_\_ keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert habe. Im August 2009 sei in der Wohnung des Beschwerdeführers sowohl auf dessen Sohn wie auf ihn selbst geschossen worden. Der Beschwerdeführer leide an einer sich kontinuierlich verschlechternden affektiven Störung. Das klinische Bild sei durch gedrückte Stimmung, Freud- und Interesslosigkeit, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit sowie allgemeine Anhedonie gekennzeichnet. Dazu weise er ein vermindertes Selbstwertgefühl, eine Störung der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle, Gefühle der eigenen Wertlosigkeit, eine fehlende Zukunftsorientierung sowie eine starke soziale Rückzugstendenz auf. Er zeige erhebliche Verzweiflung. Es bestehe Lebensüberdruß, Flashbacks, Schlafstörungen und Alpträume. Damit seien die ICD-10-Kriterien für eine mittel- bis schwergradige depressive Episode und für ein posttraumatisches Belastungssyndrom erfüllt. Differentialdiagnostisch seien eine organisch bedingte depressive Störung sowie eine Frühdemenz möglich. Der Beschwerdeführer lebe sozial isoliert und vermeide Kontakte; er habe seinen Wohnort gewechselt und traue sich nicht, seinen früheren Wohnort aufzusuchen. In therapeutischen Gesprächen wirke er emotional stumpf und gleichgültig. Aus psychiatrischer Sicht werde die Leistungsfähigkeit durch die dargestellten affektiven, psychomotorischen, kognitiven, formal gedanklichen und vegetativen Symptome erheblich beeinträchtigt. Zum aktuellen Zeitpunkt bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft.

5.2.2 Dr. E.\_\_\_\_\_ verwies den Beschwerdeführer zur Einholung einer Beurteilung sowie diagnostischer Überlegungen an Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH. In seinem Bericht vom 13. April 2010 diagnostizierte er ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen, insbesondere progredienten Osteochondrosen und fortgeschrittener Diskopathie L4/5 mit Instabilitätszeichen bei akuten klinisch ausgewiesener Wurzelkompression S1 links sowie Coxarthrosen beid-

seits, links mehr als rechts, bei Protrusio acetabuli. Diese Diagnosen hätten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zumindest intermittierend Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Zu beachten sei der Summationseffekt der Rücken- und der Hüftproblematik, da aufgrund der Coxarthrosen eine Einschränkung für längeres Stehen bestehe und wegen der Wirbelsäule eine überwiegend sitzende Tätigkeit nicht zumutbar sei. Zu kritisieren sei zudem die Begutachtung aufgrund einer völlig veralteten und ungenügenden Bildgebung, wobei keine MRI-Untersuchung der LWS durchgeführt worden sei, obschon aktenmässig eine Neurokompression beschrieben worden sei. Dr. F.\_\_\_\_\_ äusserte zudem den Verdacht auf ein chronisches Müdigkeitssyndrom bei Insomnie mit Schnarchen und dringendem Verdacht auf ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom und Nikotinabusus.

5.2.3 Aufgrund der Beschwerden im Zusammenhang mit dem schlechten Schlaf verwies Dr. F.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer an Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie FMH. In seinem Bericht vom 4. Mai 2010 stellte Dr. G.\_\_\_\_\_ ein mittelschweres, latent lageabhängiges obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom und ein upper airway resistance syndrome fest.

5.3 Mit Schreiben vom 29. Juli 2010 nahm Dr. D.\_\_\_\_\_ zum Schreiben von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 17. April 2010 Stellung. Er hielt zunächst fest, gemäss den Angaben des Versicherten anlässlich der Untersuchung habe der inkriminierte Albaner lediglich auf seinen Sohn geschossen, nicht aber auf den Versicherten selbst. Dies decke sich auch mit den Angaben im Austrittsbericht der KPK Liestal vom 14. Januar 2010. Anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer auch nicht über Flashbacks berichtet; zudem habe sich kein Vermeidungsverhalten nachweisen lassen. Der Versicherte habe in keinem Zusammenhang erwähnt, dass er aus Angst vor weiterer Gewalt das Haus kaum mehr verlasse. Dr. E.\_\_\_\_\_ stelle bei der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung weitgehend auf die subjektiv vom Versicherten geklagten Symptome ab. An objektiven Befunden erkläre Dr. E.\_\_\_\_\_ lediglich, dass er den Versicherten bei Therapiegesprächen jeweils als emotional stumpf und gleichgültig erlebe. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung habe indessen keine Abgestumpftheit oder Gleichgültigkeit beobachtet werden können, der Versicherte habe im Gegenteil einen vitalen Eindruck hinterlassen bei lediglich leichtgradiger Einschränkung der affektiven Modulationsfähigkeit. Es habe sich keine ausgeprägte Schreckhaftigkeit und keine Hypervigilanz erkennen lassen; der Versicherte habe zudem ohne Zeichen von psychovegetativer Mitbeteiligung über das traumatisierende Erlebnis berichten können. Dr. E.\_\_\_\_\_ mache hierzu keine Angaben, weshalb die von ihm erhobenen Befunde im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung als ungenügend zu bewerten seien. Das gleiche gelte in Bezug auf den von Dr. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierten mittleren bis schweren Grad der depressiven Episode. Die Aussage Dr. E.\_\_\_\_\_ 's, wonach sich die affektive Störung kontinuierlich verschlechtere, lasse sich durch die anlässlich der gutachterlichen Untersuchung erhobenen Befunde nicht bestätigen; vielmehr habe im Vergleich mit den Berichten der KPK Liestal, insbesondere aber auch im Vergleich mit dem Bericht von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2008 (recte: 11. November 2008) eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik festgestellt werden können. Darüber hinaus sei schon dem Austrittsbericht der KPK vom 14. Januar 2010 zu entnehmen, dass sich die Situation des Versicherten durch seine neue Wohnung deutlich normalisiert habe.

5.4 Auf Nachfrage der IV-Stelle äusserte sich Dr. G.\_\_\_\_ am 26. August 2010 zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Er hielt fest, er könne sich aufgrund der bestehenden Polymorbidität nicht abschliessend zur Arbeitsfähigkeit äussern. Es bestehe jedoch auch seinerseits der Verdacht auf eine deutlich eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit (recte: Arbeitsfähigkeit). Der chronische Schmerzzustand trage auch zum unruhigen Schlaf bei, diesbezüglich seien jedoch das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom und das upper airway resistance syndrome deutlich im Vordergrund.

5.5 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens holte die IV-Stelle das neurologische Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 6. Dezember 2010 ein. Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierte leicht bis mässig ausgeprägte kognitive Defizite teilweise ungeklärter Genese, differentialdiagnostisch durch die rezidivierende depressive Störung und das Schlaf-Apnoe-Syndrom mitbedingt. Er stellte ausserdem ein mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom mit Lumboischialgie und sensibler Ausfallsymptomatik S1 links sowie links betonte Coxarthrosen fest. Der Versicherte beklage aktuell Wortfindungsstörungen, Konzentrationsprobleme, Gedächtnisstörungen, rasche Überforderung und Nervosität. Objektiv wirke der Versicherte bedrückt aber, soweit aus neurologischer Sicht beurteilbar, nicht manifest depressiv. Auffallend seien aus verhaltensneurologischer Sicht eine leichte Verlangsamung, eine Begriffsstutzigkeit, vom Versicherten selbst nicht bemerkte Perseverationen, eine leichte Einschränkung der Gedächtnisfunktionen und der Konzentrationsfähigkeit, vermehrte Ablenkbarkeit sowie sich wiederholende Wortfindungsstörungen. Im neurologischen Status zeige sich ein leicht bis mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom mit schmerzhafter Funktionseinschränkung sowie einem sensiblen Defizit entsprechend am ehesten S1 links. Hauptsächlich Gegenstand dieses Gutachtens seien die vom Versicherten geklagten kognitiven Defizite und die MRI-Befunde des Kopfes, welche über das für das Alter des Versicherten geltende Normalmass hinausgehende Veränderungen gezeigt hätten. Die kognitiven Störungen hätten offenbar im Jahr 2008 begonnen und seither langsam zugenommen. Aktuell seien sie aus verhaltensneurologischer Sicht als leicht bis mässig zu quantifizieren. Differenzialdiagnostisch sei zu erwägen, dass die kognitiven Störungen im Zusammenhang mit der depressiven Störung und dem Schlaf-Apnoe-Syndrom zu sehen seien. In diesem Rahmen seien dann aber Wortfindungsstörungen eher ungewöhnlich, ebenso die Hinweise auf auch frontale Funktionsstörungen mit verminderter Affektkontrolle. Zudem seien die Befunde in den beiden MRI-Untersuchungen des Kopfes als pathologisch zu werten und könnten ohne Weiteres Ursache der kognitiven Funktionsstörung sein. Nicht möglich sei aber ohne eingehende Abklärung eine genaue Diagnose; dementsprechend sei eine neurologische und neuropsychologische Abklärung zu empfehlen, was aber nicht im Rahmen einer Begutachtung für die Invalidenversicherung durchgeführt werden könne. Dementsprechend müssten für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die aktuellen verhaltensneurologischen und radiologischen Befunde als Grundlage dienen. Aufgrund der leicht- bis mässiggradig ausgeprägten kognitiven Defizite seien dem Versicherten keine Arbeiten mehr zumutbar, die wesentliche Ansprüche an Gedächtnisleistungen, Konzentration und Aufmerksamkeit stellen würden. Aus demselben Grund seien auch keine Arbeiten mehr zumutbar, welche das Führen eines Fahrzeugs oder das Arbeiten an gefährlichen Maschinen erfordern würden. Eine Hilfsarbeitertätigkeit könne unter diesen Bedingungen weiterhin in einem zeitlich vollen Pensum zugemutet werden, wobei eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit wegen der chronischen Müdigkeit und der Verlangsamung bestehe. Diese sei im psychiatrischen Gutachten vom 26. Januar 2010 aber bereits berücksichtigt.

5.6 Dr. E.\_\_\_\_ nahm mit Schreiben vom 29. August 2011 Stellung zum neurologischen Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_. Das Gutachten sei oberflächlich verfasst, ohne Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung und der fremdanamnestischen Angaben, und, was ihn effektiv erstaune, ohne Berücksichtigung des Berichts vom 7. Oktober 2009 des Kantonsspitals Liestal über die objektiven radiologischen MRI-Befunde des Gehirns. Anstatt diese Diagnose zu kommentieren, übernehme Dr. H.\_\_\_\_ nur die radiologische Beschreibung. Es sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. H.\_\_\_\_ als Neurologe eine Hirnatrophie mit klaren radiologischen und klinischen Zeichen übersehe und dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit attestiere. Eine kortikale Hirnatrophie führe zu einer Verminderung der kognitiven Funktionen, Charakterveränderungen, dem Verlust sozialer Fähigkeiten, zur Schädigung des Intellekts, zu Gedächtnis- und Sprachfunktionsstörungen, Apathie oder Euphorie, Verhaltensstörungen, Störungen im Wahrnehmen, Planen und Erinnern. Sodann sei die Krankheitsentwicklung des Beschwerdeführers im Gutachten nirgendwo erwähnt; es fehle sogar eine Krankheitsanamnese. Im Weiteren übersehe Dr. H.\_\_\_\_ die soziale Isolation des Beschwerdeführers. Schliesslich sei es unverständlich, dass Dr. H.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit attestiere, obwohl er selbst schreibe, dass die kognitiven Leistungen eingeschränkt seien. Er selbst habe im Verlaufe der Behandlung, anhand der ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen, den Ergebnissen der Minimal-Mental-Status-Untersuchung, dem Uhren-Test sowie der letzten MRI vom 23. August 2011 folgende Diagnosen objektivieren können: eine mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, differentialdiagnostisch eine organische affektive Störung, eine frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit) oder eine Alzheimer-Demenz, sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung seit dem 9. August 2009. Der Beschwerdeführer leide an einer kontinuierlich progredienten, organisch bedingten kognitiven, psychomotorischen und affektiven Störung. Er sei auf dem offenen Arbeitsmarkt überhaupt nicht belastbar.

5.7 In seinem Schreiben vom 30. November 2011 wies Dr. H.\_\_\_\_ den Vorwurf, sein Gutachten sei oberflächlich, unter Verweis auf eine über 90-minütige Anamnese, fremdanamnestische Befragungen der Tochter des Versicherten sowie ein gründliches Aktenstudium zurück. Er hielt fest, die radiologischen Befunde seien sehr wohl erwähnt und diskutiert worden und zitierte die entsprechenden Stellen in seinem Gutachten. Dass Dr. E.\_\_\_\_ schreibe, es sei in seinem Gutachten gar keine Krankheitsanamnese beschrieben, sei unverständlich, zumal anamnestische Erhebungen auf den Seiten 2 bis 5 seines Gutachten Platz gefunden hätten. Bezüglich des Vorwurfs, er habe die soziale Isolation des Beschwerdeführers übersehen, sei anzumerken, dass es sich dabei um ein psychiatrisches Problem handle, welches aus neurologischer Sicht nicht beurteilt werden könne. Wenn Dr. E.\_\_\_\_ sodann einer kortikalen Hirnatrophie verschiedene Symptome zuschreibe, so sei festzuhalten, dass es nicht möglich sei, aufgrund eines radiologischen Befunds zu definieren, welche Symptome ein Mensch aufweise; es handle sich bei den von Dr. E.\_\_\_\_ genannten Symptomen lediglich um eine Liste von möglichen Erscheinungen im Zusammenhang mit degenerativen oder anderweitigen Erkrankungen des Gehirns ohne direkten Bezug zum Beschwerdeführer. Es müsse an dieser Stelle auch erwähnt werden, dass der beurteilende Radiologe anlässlich der Untersuchung vom 23. August 2011 keine wesentliche Zunahme von Veränderungen gegenüber der Voruntersuchung im Jahr 2009 beschrieben habe. Hinsichtlich der von Dr. E.\_\_\_\_ durchgeführten Minimal-Mental-Status-Untersuchung und des Uhrentests sei festzuhalten, dass es sich dabei nicht um gründliche neuropsychologische Untersuchungen, sondern eher um oberflächliche und der Orientierung dienende Untersuchungen

handle. Zudem müsse noch einmal darauf hingewiesen werden, dass Minderleistungen in solchen Untersuchungen keine Aussage darüber erlauben, welche Ursachen diesen Minderleistungen zu Grunde lägen. Neben neurologischen Erkrankungen des Gehirns seien auch andere ursächliche Faktoren wie Depressionen, ein Schlaf-Apnoe-Syndrom und weitere in Betracht zu ziehen. Wenn Dr. E.\_\_\_\_ schreibe, dass differentialdiagnostisch eine organisch bedingte depressive Störung, eine frühe Demenz sowie eine Alzheimer-Demenz zu erwägen seien, so sei das durchaus richtig. Es entspräche seinen eigenen Empfehlungen, wenn weitere Untersuchungen durchgeführt würden.

6. In der Beschwerde vom 14. September 2011 rügt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, die gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten seien weit gravierender und wirkten sich stärker auf die Arbeitsfähigkeit aus, als von der IV-Stelle angenommen. Er beruft sich dabei insbesondere auf die Berichte Dr. E.\_\_\_\_'s vom 17. April 2010 und vom 29. August 2011, den Bericht Dr. F.\_\_\_\_'s vom 13. April 2010 sowie den Bericht Dr. G.\_\_\_\_'s vom 29. August 2010. Er verweist zudem auf die Ergebnisse der radiologischen Untersuchung durch das Institut für Medizinische Bild-Diagnostik vom 26. August 2011, wonach ein Morbus Alzheimer im Frühstadium nicht ausgeschlossen werden könne.

7.1 Die Kritik Dr. E.\_\_\_\_'s am Gutachten Dr. H.\_\_\_\_'s hält einer Überprüfung nicht stand. Entgegen den Vorwürfen Dr. E.\_\_\_\_'s enthält die neurologische Expertise eine umfassende und sorgfältige Anamneseerhebung, so dass der Vorwurf Dr. E.\_\_\_\_'s, das Gutachten enthalte keine Krankheitsgeschichte, unverständlich ist. Es trifft auch nicht zu, dass Dr. H.\_\_\_\_ die kortikale Hirnatrophie übersehen hat. Wie Dr. H.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 30. November 2011 richtigstellte, werden die MRI-Befunde des Kopfes im Gutachten mehrfach erwähnt und auf S. 12 und 13 des Gutachtens diskutiert. Dabei quantifiziert Dr. H.\_\_\_\_ die kognitiven Störungen aus verhaltensneurologischer Sicht als leicht bis mässig ausgeprägt. Dies deckt sich mit den Einschätzungen Dr. D.\_\_\_\_'s, der die kognitive Störung in seinem psychiatrischen Gutachten als leichtgradig beurteilt hatte; die KPK Liestal hatte in ihrem Austrittsbericht vom 14. Januar 2010 keine Hinweise für Störungen der Konzentration, Auffassung und Merkfähigkeit feststellen können. Differentialdiagnostisch erwog Dr. H.\_\_\_\_, die kognitiven Störungen im Zusammenhang mit der depressiven Störung und dem Schlaf-Apnoe-Syndroms zu sehen, hielt jedoch fest, in diesem Rahmen seien Wortfindungsstörungen sowie die Hinweise auf auch frontale Funktionsstörungen mit verminderter Affektkontrolle eher ungewöhnlich. Dr. H.\_\_\_\_ führte weiter aus, die MRI-Befunde des Kopfes seien als pathologisch zu werten und könnten ohne Weiteres Ursache der kognitiven Funktionsstörungen sein; ohne eingehendere Abklärung sei jedoch eine genaue Diagnose nicht möglich. Diese Erläuterungen sind schlüssig und nachvollziehbar. Es leuchtet ein, dass eine präzise Diagnose bei pathologischen Veränderungen des Gehirns nicht ohne Weiteres möglich ist und umfangreiche Abklärungen erfordern würde. Vorliegend ist zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts eine Diagnose denn auch nicht zwingend erforderlich. Massgebend ist vielmehr das Ausmass der kognitiven Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Eine präzise Diagnose würde an den festgestellten Einschränkungen nichts ändern, sondern hätte lediglich Einfluss auf die Behandlungsmöglichkeiten, welche für das vorliegende Verfahren jedoch irrelevant sind. Dr. H.\_\_\_\_ hielt hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit fest, aufgrund der leicht- bis mittelgradig ausgeprägten kognitiven Defizite seien dem Beschwerdeführer keine Arbeiten mehr zumutbar, welche wesentliche Ansprüche an Gedächtnisleistung, Konzentration und Aufmerksamkeit stellen würden. Es seien auch keine

Arbeiten mehr zumutbar, welche das Führen eines Fahrzeugs oder das Arbeiten an gefährlichen Maschinen erfordern würden. Diese Beurteilung wird den Einschränkungen des Beschwerdeführers gerecht. Dr. E.\_\_\_\_'s Auffassung, aufgrund des Befundes einer kortikalen Hirnatrophie sei der Versicherte auf jeden Fall arbeitsunfähig, leuchtet demgegenüber nicht ein. Wie dies auch Dr. C.\_\_\_\_ hinsichtlich der rheumatologischen Problematik betonte, lassen bildgebende Befunde noch keine definitiven Schlüsse über die konkreten Beschwerden eines Patienten zu. Wenn Dr. E.\_\_\_\_ Symptome auflistet, die bei einer kortikalen Hirnatrophie auftreten können, und daraus die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ableiten will, so ist dies ein Fehlschluss. Insgesamt sind die Einwände Dr. E.\_\_\_\_'s nicht geeignet, den vollen Beweiswert des Gutachtens von Dr. H.\_\_\_\_ in Frage zu stellen.

7.2.1 In psychiatrischer Hinsicht kritisierte Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 17. April 2010 insbesondere, dass Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert habe. Zudem beurteilte er die depressive Episode hinsichtlich des Schweregrads als mittelgradig bis schwer, während Dr. D.\_\_\_\_ eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode diagnostizierte. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung wurde von Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten besprochen; er kam jedoch zum Schluss, dass eine posttraumatische Belastungsstörung nicht vorliege, da sich keine eigentlichen Flashbacks und kein Vermeideverhalten habe nachweisen lassen. Der Versicherte habe ohne äussere psychovegetative Mitbeteiligung über das traumatisierende Ereignis berichten können und es habe sich auch keine Hypervigilanz, keine ausgeprägte Schreckhaftigkeit und keine emotionale Stumpfheit oder Gleichgültigkeit anderen Menschen gegenüber erkennen lassen. In seinem Schreiben vom 29. Juli 2010 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, die von Dr. E.\_\_\_\_ erhobene Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung beruhe weitgehend auf den vom Beschwerdeführer subjektiv geklagten Symptomen. An objektiven Befunden erkläre Dr. E.\_\_\_\_ lediglich, dass er den Versicherten bei Therapiegesprächen jeweils als emotional stumpf und gleichgültig erlebe. Auffallend ist, dass das von Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 17. April 2010 gezeichnete klinische Bild des Beschwerdeführers in starkem Widerspruch zu den von Dr. D.\_\_\_\_ erhobenen Befunden steht. Dr. E.\_\_\_\_ hielt fest, das klinische Bild sei durch gedrückte Stimmung, Freud- und Interesselosigkeit, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit sowie allgemeine Anhedonie gekennzeichnet. Dazu weise er eine Störung der Vitalgefühle, Gefühle der eigenen Wertlosigkeit, eine fehlende Zukunftsorientierung sowie eine starke soziale Rückzugstendenz auf und zeige erhebliche Verzweiflung. Es bestehe Lebensüberdruß, Flashbacks, Schlafstörungen und Alpträume. Demgegenüber stellte Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten eine ernste, aber nicht bedrückte Stimmung fest. Der Versicherte habe keinen im Affekt deutlich schwer deprimierten oder gar affektarmen Eindruck hinterlassen. Es liessen sich zwar ein- bis zweimal wöchentlich auftretende Alpträume, jedoch keine Flashbacks nachweisen. In seinem Schreiben vom 29. Juli 2010 hielt Dr. D.\_\_\_\_ zudem fest, anlässlich der gutachterlichen Untersuchung habe keine Abgestumpftheit oder Gleichgültigkeit beobachtet werden können, der Versicherte habe im Gegenteil einen vitalen Eindruck hinterlassen bei lediglich leichtgradiger Einschränkung der affektiven Modulationsfähigkeit. Hier ist zunächst bedeutsam, dass auch von der Kantonalen Psychiatrischen Klinik (KPK) Liestal, wohin sich der Beschwerdeführer nach dem Schusswechsel in seiner Wohnung im August 2009 in Behandlung begab, in ihren Berichten vom 20. November 2009 sowie vom 14. Januar 2010 nicht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt wurde. Sodann fällt auf, dass die Ärzte der KPK Liestal den Beschwerdeführer zum Zeitpunkt seiner Entlassung am 19. Oktober 2009 zwar als vollständig arbeitsunfähig ansa-

hen, im Bericht vom 20. November 2009 jedoch eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Dezember 2009 oder Januar 2010 vorschlugen, wobei sie einen Einstieg in einem 50%-Pensum als sinnvoll erachteten. Die Ärzte der KPK Liestal erwarteten von der ambulanten Weiterbehandlung mit Gesprächs- und Psychopharmakotherapie offensichtlich eine Besserung des Zustandes des Versicherten, dies nachdem die depressive Symptomatik schon während des stationären Aufenthaltes durch die psychopharmakologische Behandlung nachgelassen hatte und sich die Situation des Versicherten in Bezug auf seine Ängste durch eine neue Wohnung deutlich normalisiert hatte. Diese Erwartung deckt sich mit den von Dr. D.\_\_\_\_ effektiv festgestellten Befunden anlässlich seiner gutachtlichen Untersuchung vom 11. Januar 2010. Das von Dr. E.\_\_\_\_ geschilderte klinische Bild entspricht hingegen einem erwartungswidrig schweren Verlauf der Krankheit. Hinweise für einen solchen Verlauf sind indessen in den übrigen Akten nicht enthalten. Es kommt der Eindruck auf, dass Dr. E.\_\_\_\_ aus versicherungstechnischen Überlegungen die gesundheitliche Situation seines Patienten aggravierend darstellt. Dieser Eindruck wird verstärkt durch die Tatsache, dass Dr. E.\_\_\_\_ ohne Angabe irgendwelcher Werte behauptet, die medikamentöse Compliance sei mittels Blutspiegelkontrollen nachgewiesen worden, obwohl Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten festgestellt hatte, dass der Beschwerdeführer die ihm verordneten Psychopharmaka nur teilweise regelmässig einnehme, was sich wiederum durch den dem Gutachten beigelegten Laborbericht eindeutig verifizieren lässt. Insgesamt erscheint das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ somit glaubwürdiger als das ihm widersprechende Schreiben von Dr. E.\_\_\_\_ vom 17. April 2010.

7.2.2 In seinem Schreiben vom 5. Dezember 2011 nahm Dr. D.\_\_\_\_ im Übrigen zum Vorwurf Dr. E.\_\_\_\_'s Stellung, er habe in seinem Gutachten das Vorliegen einer kortikalen Hirnatrophie nicht berücksichtigt. Er hielt fest, die MRI-Befunde seien in seinem Gutachten wohl erwähnt worden, hätten sich jedoch aus rein psychiatrischer Sicht nicht schlüssig beurteilen lassen, weshalb er ein neurologisches Gutachten empfohlen habe. Dr. E.\_\_\_\_ müsse Recht gegeben werden, wenn er eine organisch-affektive Störung ebenfalls in Betracht ziehe. Das Vorliegen einer solchen könne ohne klare Diagnose einer Demenz indessen nicht bestätigt werden. In diesem Kontext sei zudem zu erwähnen, dass sich am Schweregrad der Depression auch dann nichts ändern würde, wenn sie im Rahmen einer organischen affektiven Störung betrachtet werden müsste. Eine Änderung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit würde sich diesbezüglich somit nicht aufdrängen. Diese Ausführungen vermögen zu überzeugen. Insgesamt sind das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ sowie seine ergänzenden Stellungnahmen vom 29. Juli 2010 und vom 5. Dezember 2011 umfassend, leuchten in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und sind nachvollziehbar begründet. Die IV-Stelle hat daher in ihrer Verfügung vom 2. August 2011 zu Recht darauf abgestellt.

7.3 Hinsichtlich der Beschwerden des Versicherten am Bewegungsapparat ist festzuhalten, dass Dr. C.\_\_\_\_ zwar progrediente degenerative Veränderungen im distalen Teil der Wirbelsäule und im Bereich der Hüftgelenke feststellte; in der klinischen Untersuchung konnte er aber doch noch eine gewisse Belastbarkeit konstatieren. Aufgrund der symptomatischen degenerativen Veränderungen an Hüftgelenken und Wirbelsäule seien dem Versicherten nur noch leichte bis intermittierend mittelschwere, rückenadaptierte Tätigkeiten zumutbar. Die rheumatologischen Beschwerden des Versicherten wirken sich also insofern auf die Arbeitsfähigkeit aus, als ihm gewisse Belastungen nicht mehr zumutbar sind. Darüber hinaus haben sie gemäss Dr. C.\_\_\_\_ jedoch keine weiteren Einschränkungen der Leistungsfähigkeit zur Folge. Die Ein-

schätzungen Dr. C.\_\_\_\_'s leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Im Gutachten wird insbesondere auf nachvollziehbare Weise begründet, weshalb von der Einschätzung Dr. E.\_\_\_\_'s in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit abgewichen wird. So legte Dr. C.\_\_\_\_ dar, dass sich die Beurteilung Dr. E.\_\_\_\_'s hinsichtlich der somatischen Diagnosen offensichtlich auf morphologische Überlegungen stütze. Es sei dagegen bekannt, dass die Korrelation zwischen den bildgebenden Befunden und den resultierenden Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates in der Regel nicht gut sei. Aus diesem Grund könne nicht prinzipiell von einer morphologischen Veränderung auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Es sei vielmehr wichtig, dass auf die entsprechenden klinischen Befunde abgestellt werden könne. Diesbezüglich seien einzig Zeichen von diskogenen Kreuzschmerzen teilweise vorhanden gewesen. Diese Erläuterungen sind schlüssig. Auch dem medizinischen Laien erscheint es nachvollziehbar, dass sich degenerative Veränderungen nicht zwingend klinisch manifestieren und dass nicht von bildgebenden Befunden auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden kann. Anzumerken ist zudem, dass der behandelnde Arzt des Beschwerdeführers, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, in seinem Bericht vom 3. Dezember 2008 explizit festhielt, dass aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliege. Hier besteht somit eine Übereinstimmung zum Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_. Selbst Dr. F.\_\_\_\_, an den der Beschwerdeführer von Dr. E.\_\_\_\_ verwiesen worden war, äusserte sich hinsichtlich allfälliger Auswirkungen der rheumatologischen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit äusserst vorsichtig, indem er festhielt, die Diagnosen hätten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zumindest intermittierend Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Entgegen der Aussage Dr. F.\_\_\_\_'s, wonach er ganz andere Diagnosen stellen müsse als Dr. C.\_\_\_\_, fallen zudem hinsichtlich der Diagnosen keine wesentlichen Diskrepanzen zwischen den beiden fachärztlichen Einschätzungen auf. Unterschiede sind lediglich darin ersichtlich, dass einerseits der Diagnosenkatalog im Gutachten Dr. C.\_\_\_\_'s umfangreicher und präziser ausfällt als im Bericht Dr. F.\_\_\_\_'s, und dass andererseits Dr. F.\_\_\_\_ den Verdacht auf ein Facettensyndrom links sowie ein Radikulärsyndrom äussert, was Dr. C.\_\_\_\_ ablehnt. Es handelt sich dabei allerdings auch bei Dr. F.\_\_\_\_ nur um Verdachtsdiagnosen. Im Übrigen widersprach auch Dr. H.\_\_\_\_ dem Gutachten Dr. C.\_\_\_\_'s insofern, als seines Erachtens von einer radikulären Symptomatik, entsprechend am ehesten S1 links, auszugehen sei. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C.\_\_\_\_ erachtete Dr. H.\_\_\_\_ jedoch als korrekt. Insgesamt besteht somit kein Anlass, die Einschätzungen Dr. C.\_\_\_\_'s in Zweifel zu ziehen.

8. Insgesamt ist nach dem Gesagten somit festzuhalten, dass die IV-Stelle zu Recht auf das rheumatologische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_, das psychiatrische Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ sowie das neurologische Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ abgestellt hat. Die Gutachten sind umfassend, beruhen auf einer sorgfältigen Anamneseerhebung und einem gründlichen Studium der Vorakten, sind in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und sind schlüssig begründet. Demgegenüber sind die Schlussfolgerungen Dr. E.\_\_\_\_'s nicht nachvollziehbar und beruhen teilweise auf dem Fehlschluss, die Arbeitsfähigkeitseinschätzung allein aufgrund bildgebender Befunde statt des konkreten klinischen Beschwerdebildes des Versicherten vorzunehmen. Zudem sind einige seiner Aussagen nachgewiesenermassen nicht korrekt, so die Bemerkung, Dr. H.\_\_\_\_ habe in seinem Gutachten keine Krankheitsgeschichte beschrieben, oder die Behauptung, die medikamentöse Compliance sei mittels Blutspiegelkontrollen belegt. Es entspricht allgemeiner Erfahrung, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick

auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 4.4 hiavor). Vorliegend trifft dies in besonderem Masse zu. Aus diesem Grund kann den Berichten Dr. E.\_\_\_\_'s kein voller Beweiswert zuerkannt werden.

9.1 Der Beschwerdeführer rügt weiter, der von der IV-Stelle vorgenommene Einkommensvergleich sei nicht korrekt, da sie keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen habe. Aufgrund der multiplen Einschränkungen des Beschwerdeführers bezogen auf die Art und den Umfang der noch möglichen Tätigkeit, sein Alter, seine Ausbildung und seine Herkunft sei ein maximaler leidensbedingter Abzug von 25% vorzunehmen.

9.2.1 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).

9.2.2 Gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte, die nicht mehr voll leistungsfähig sind, haben erfahrungsgemäss eine Reduktion des üblichen Lohnansatzes hinzunehmen. Aus diesem Grund sind von einem anhand der Tabellenlöhne der LSE erhobenen Invalideneinkommen praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Im Entscheid 126 V 75 ff. hat das damalige EVG seine Rechtsprechung zu den Abzügen vom Tabellenlohn bereinigt und weiterentwickelt. Dabei hat es betont, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles abhängt (leidensbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität / Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen (BGE 126 V 80 E. 5b). Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer der genannten Merkmale ihre gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten abstützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näher liegend erscheinen lassen (BGE 126 V 81 E. 6, Urteil des EVG vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3).

9.3.1 Die IV-Stelle ermittelte in ihrer Verfügung vom 2. August 2011 gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2,4% im Sektor D (Industrie, verarbeitendes Gewerbe) ein Valideneinkommen von Fr. 59'302.--. Für die Berechnung des Invalideneinkommens stellte die IV-Stelle auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2008, Tabelle TA1, Privater Sektor, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes 4, ab. Den sich hieraus ergebenden Betrag von Fr. 4'806.-- monatlich bei vierzig Wochenstunden passte sie an die Nominallohnentwicklung von 2,1% an und rechnete ihn auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden um. Auf zwölf Monate hochgerechnet ergab sich dadurch ein Betrag von Fr. 61'386.--, was, angepasst an ein 70%-Pensum, ein Invalideneinkommen von Fr. 42'970.-- ergab. Aus der Gegenüberstellung des Validen- und des Invalideneinkommens resultierte ein Invaliditätsgrad von 28%.

9.3.2 In ihrer Vernehmlassung vom 6. Januar 2012 korrigierte die IV-Stelle den Einkommensvergleich insofern, als sie bei der Festlegung des Valideneinkommens einerseits neu den 13. Monatslohn berücksichtigte, andererseits jedoch die Kinderzulagen in der Höhe von Fr. 220.-- monatlich in Abzug brachte. Sie errechnete so ein Valideneinkommen von Fr. 61'314.--. Hinsichtlich des Invalideneinkommens stellte die IV-Stelle fest, dem Beschwerdeführer sei aufgrund des noch möglichen Umfangs einer Erwerbstätigkeit ein Teilzeitabzug von 10% zu gewähren. Ein weitergehender Abzug rechtfertige sich nicht. Aus der Gegenüberstellung des so reduzierten Invalideneinkommens von Fr. 38'673.-- und des Valideneinkommens ergab sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37%.

9.4 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die IV-Stelle dem Beschwerdeführer in ihrer Vernehmlassung einen leidensbedingten Abzug von 10% im Sinne eines Teilzeitabzuges zugestand. Dies erweist sich als rechters. Ein weiterer Abzug aufgrund der depressiven Symptomatik und der kognitiven Defizite rechtfertigt sich nicht, da die gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bereits berücksichtigt wurden. Die IV-Stelle weist sodann unter Hinweis auf einschlägige Entscheide des Bundesgerichts zu Recht darauf hin, dass vorliegend keine weiteren Faktoren einen Abzug vom Tabellenlohn angebracht erscheinen lassen. Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die korrekten Ausführungen der IV-Stelle verwiesen werden. Ein maximaler leidensbedingter Abzug von 25% ist somit nicht gerechtfertigt. Die Berechnung der Vergleichseinkommen in der Vernehmlassung der IV-Stelle vom 6. Januar 2012 erweist sich als korrekt.

9.5 Der von der IV-Stelle ermittelte IV-Grad von 37 % 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 2. August 2011 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

10.1 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 200 bis 1000 Franken festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in de-

nen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf 600 Franken fest. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 20. Oktober 2011 die unentgeltliche Rechtspflege gemäss § 22 Abs. 1 VPO gewährt wurde, gehen die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- zu Lasten der Gerichtskasse.

10.2 Ebenfalls mit Verfügung vom 20. Oktober 2011 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Verbeiständung durch seinen Rechtsvertreter gemäss § 22 Abs. 2 VPO gewährt. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 7. Februar 2012 einen Aufwand von 7.6 Stunden geltend gemacht, was sich als angemessen erweist. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 180.-- pro Stunde. Es ergibt sich ein Honorar von Fr. 1'368.--. Die Auslagen in der Höhe von Fr. 266.50 sind sodann nicht zu beanstanden. Es resultiert eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'765.25 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer), die dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus der Gerichtskasse entrichtet wird.

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.  
  
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. 1'765.25 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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