



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. November 2015 (720 12 344)

Invalidenversicherung

Gestützt auf das Gerichtsgutachten kein Anspruch auf eine Invalidenrente

Besetzung

Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien

A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

Betreff

IV-Rente

A. Der 1976 geborene A.____ rutschte am 9. September 1996 beim Stapeln von Paletten aus und zog sich dabei eine Kontusion des Gesässes und des Iliosakralgelenkes (ISG) zu. Beim Verkehrsunfall vom 18. Juni 1997 wurde er als Fussgänger vom Aussenspiegel eines Autos gestreift. Er erlitt an der rechten Beckenseite eine Kontusion lumbal. Für die Folgen beider Unfälle erbrachte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) die gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten, Taggelder). Mit Verfügung vom 6. April 1999 sprach sie A.____ eine

Invalidenrente nach Massgabe einer Invalidität von 10 % mit Wirkung ab 1. Februar 1999 und eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 5 % zu.

B. Am 20. Februar 2001 stürzte der Versicherte von einem Gerüst, am 5. April 2001 eine Treppe und am 4. September 2001 von einer Leiter herab. Er zog sich beim ersten Sturz eine Kontusion des rechten Oberarmes und des Unterschenkels, beim zweiten eine Distorsion des rechten Fusses und beim dritten eine laterale Patellafraktur rechts zu. Die SUVA richtete für die jeweiligen Unfallfolgen die gesetzlichen Leistungen aus. Ab dem 10. Dezember 2001 bestand wieder eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen der zugesprochenen Rente.

C. Vom 1. Februar 2009 bis 15. Februar 2010 arbeitete A.____ als Gipser bei der Firma B.____ in X.____. Am 6. März 2009 fiel der Versicherte von der Leiter und erlitt dabei eine lumbosakrale Kontusion mit prolongierten Schmerzen. Die zuständige SUVA erbrachte vorerst die gesetzlichen Leistungen bis sie diese mit Verfügung vom 7. Juli 2009 per 20. Juli 2009 einstellte mit der Begründung, der Status quo ante sei erreicht. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die SUVA mit Entscheid vom 28. Juli 2010 ab.

D. Bereits am 8. März 2003 meldete sich A.____ unter Hinweis auf Schmerzen im Gesäss und am Bein bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft am 4. Juni 2004 einen Leistungsanspruch des Versicherten ab. Nach Eingang einer weiteren Anmeldung vom 23. Juni 2010 prüfte die IV-Stelle erneut die berufliche, erwerbliche und gesundheitliche Situation des Versicherten. Dabei ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 6 %. In der Folge verneinte sie mit Verfügung vom 8. Oktober 2012 einen Anspruch auf Leistungen der IV.

E. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Markus Schmid, am 8. November 2012 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die IV-Stelle zu verpflichten, ihm eine seiner tatsächlichen Invalidität entsprechende Invalidenrente, mindestens eine halbe, auszurichten. Des Weiteren sei ein gerichtliches medizinisches Gutachten einzuholen, welches über den Gesundheitszustand des Versicherten zutreffend Auskunft gebe; unter o/e Kostenfolge.

F. In ihrer Vernehmlassung vom 13. November 2012 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

G. Anlässlich der Urteilsberatung vom 11. April 2013 gelangte das Kantonsgericht zum Schluss, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit aufgrund der vorhandenen medizinischen Aktenlage nicht möglich sei. Es stellte deshalb den Fall aus und ordnete ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten bei der C.____ an.

H. Nachdem die C.____ ihr Gutachten vom 24. Dezember 2013 dem Gericht zugestellt hatte, erhielten die Parteien mit Verfügung vom 9. Januar 2014 Gelegenheit zur Stellungnahme.

Die IV-Stelle äusserte sich am 3. Februar 2014 und der Beschwerdeführer am 7. März 2014 zum Gerichtsgutachten. Während sich die IV-Stelle mit Verweis auf die Aktennotiz von Dr. med. D.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), vom 29. Januar 2014 und die Stellungnahme von pract. med. E.____, RAD, vom 30. Januar 2014 der gutachterlichen Beurteilung anschloss, kritisierte der Beschwerdeführer das Gutachten in mehreren Punkten.

I. Am 15. April 2014 reichte der Rechtsvertreter des Versicherten dem Gericht den Radiologiebericht des F.____ vom 30. Januar 2014 ein. Er machte geltend, dass die Befunde an der Lendenwirbelsäule (LWS) und am ISG mit den geklagten Beschwerden vereinbar seien. Er beantragte, den Gutachtern den Bericht zu unterbreiten und sie danach zu fragen, ob die Beschwerden aufgrund der Befunde nun erklärbar seien. Der begutachtende Rheumatologe der C.____ hielt in seinem Ergänzungsgutachten vom 26. Juni 2014 an den Ausführungen in seinem Fachgutachten vom 15. August 2013 fest.

J. Mit Verfügung vom 3. Juli 2014 gab das Kantonsgericht den Parteien Gelegenheit, zum Ergänzungsgutachten sowie zu allfälligen Auswirkungen der medizinischen Beurteilung auf den Leistungsanspruch Stellung zu nehmen. Die IV-Stelle hielt in ihrer Eingabe vom 31. Juli 2014 gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. G.____, FMH Orthopädie und Physikalische und Rehabilitative Medizin, RAD, vom 23. Juli 2014 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Der Beschwerdeführer führte am 25. August 2014 aus, dass das Ergänzungsgutachten vom 26. Juni 2014 widersprüchlich und nicht nachvollziehbar sei. Er beantragte zudem, es sei beim behandelnden Rheumatologen eine Beurteilung zum neuen Radiologiebericht vom 28. Januar 2014 einzuholen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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

1.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] vom 19. Juni 1959). 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).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf

eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

2.1 Ausgangspunkt der Ermittlung eines Rentenanspruchs bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

2.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

2.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.1 Vorliegend stellte das Kantonsgericht anlässlich der Urteilsberatung vom 11. April 2013 fest, dass die medizinische Aktenlage, insbesondere das Gutachten der H.____ vom 9. Mai 2011, keine verlässliche Entscheidungsgrundlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs des Ver-

sicherten bilde. Es beauftragte deshalb die C._____ mit einer polydisziplinären Begutachtung des Versicherten. Das entsprechende Gutachten wurde am 24. Dezember 2013 erstattet. Darin wurde im Rahmen einer möglichen Schmerzfehlerverarbeitung ein chronisches lumbogluteales Schmerzsyndrom rechts bei Status nach früheren Traumatisierungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Aktuell stehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom am medialen Beckenkamm rechts im Vordergrund, bei bekannter Übergangsanomalie mit lumbalisiertem erstem Sakralwirbel und kleiner posterolateraler Diskushernie am L5/6 rechts bei Status nach glutealer Kontusion rechts am 18. Juni 1997 bei Verkehrsunfall mit persistierendem Schmerzsyndrom und bei Status nach Leitersturz im März 2009 mit erneuter Kontusion der rechten Körperseite. In der Konsiliarbeurteilung hielten die Experten fest, dass sich - wie bereits in den Vorberichten mehrfach geäussert - auffällige Diskrepanzen zwischen den geäusserten Beschwerden und den Untersuchungsbefunden zeigten. So habe der Versicherte von der Warterzone bis ins Untersuchungszimmer ohne erkennbare Einschränkungen gehen können, während bei der klinischen Untersuchung eine starke Gehunsicherheit mit Hinken und Abstützen an der Wand aufgefallen sei. Nicht erklärbar sei die seitengleiche, stark ausgeprägte Handbeschwiellung und Verschmutzung sowie der angegebene Nichtgebrauch der rechten Hand seit zwei Jahren. Es fehle an einer entsprechenden Abnahme der Muskulatur im Bereich des rechten Armes. Der muskuläre Befund und die Handbeschwiellung sprächen vielmehr für einen regelmässigen Einsatz des rechten Armes. Ebenso wenig lasse sich eine Erklärung für die funktionellen Bewegungseinschränkungen im Bereich der rechten Körperseite und der gesamten Wirbelsäule finden. In rheumatologischer Hinsicht seien keine organischen Befunde vorhanden, welche das Schmerzsyndrom erklären könnten. Die bekannte posterolaterale Diskushernie sei für die geklagten Beschwerden nicht ursächlich. Eine relevante psychiatrische Erkrankung liege nicht vor. Aufgrund der morphologischen Veränderung der LWS seien dem Versicherten körperliche Schwerarbeiten nicht mehr zumutbar. Sofern Gipser und Bauhilfsarbeiter körperlich anhaltend schwere Arbeiten ausführten, sei ihm die Ausübung der angestammten Tätigkeit nicht mehr möglich. Hingegen sei der Versicherte ohne Einschränkungen in jeglicher körperlich leichten und mittelschweren bis selten auch schweren Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig. Den Beginn der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit setzten die Gutachter per Juli 2009 fest.

3.2 Die begutachtende Psychiaterin Dr. med. I._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, konnte in ihren Fachgutachten vom 15. Oktober 2013 keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. In der Beurteilung führte sie aus, dass der Versicherte wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert sei. Der Versicherte habe über Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen im Alltag geklagt. Im Gespräch seien aber Aufmerksamkeit, Auffassung, Gedächtnis und Konzentration unbeeinträchtigt gewesen. Die Testung der kognitiven Leistungsfähigkeit habe keine Hinweise auf relevante Defizite ergeben. Das formale Denken sei geordnet und flüssig. Es gebe keine Anhaltspunkte für Störungen des inhaltlichen Denkens, der Wahrnehmung oder des Ich-Erlebens. Bei der Beschreibung der gesundheitlichen Beschwerden sei er manchmal affektiv ernst, emotional berührt und depressiv verstimmt gewesen; dann habe er aber wieder bei erhaltener Schwingungsfähigkeit ausgeglichen gewirkt. Das Selbstwertgefühl sei teils etwas brüchig, aber im Kern erhalten gewesen. Er könne eigene Stärken und Leistungen durchaus stolz darstellen. Gemäss seinen Angaben grüble und weine er gelegentlich. Ein

Lebensüberdruß und passive Todesgedanken lägen nicht vor und er sei klar distanziert von Suizidgedanken. Dagegen beständen eine Libidominderung, Durchschlafstörungen infolge der Schmerzen und ein dysfunktionales Schlafverhalten. Nach den Angaben des Versicherten habe er auf die veränderte soziale Situation ab 2009 (anhaltende Arbeitsunfähigkeit, Kündigung, Trennungssituation von seiner Ehefrau und Kindern) mit depressiven Symptomen reagiert. Diese Reaktionsweise überrasche nicht, da der Versicherte schon bei einem Rehabilitationsaufenthalt nach dem Autounfall im Jahr 1998 eine ausgeprägte Neigung zu psychischer Destabilisierung durch belastende Lebensereignisse gezeigt habe. Im Untersuchungszeitpunkt habe nur noch eine milde depressive Symptomatik im Sinne einer teilremittierten depressiven Anpassungsstörung vorgelegen. Es sei eine Verdeutlichungs- und Aggravationsneigung aufgefallen, die auch bei früheren Untersuchungen dokumentiert worden sei. Der Versicherte habe bei der psychiatrischen Untersuchung eine vollständige Bewegungsunfähigkeit des rechten Armes angegeben. Gleichzeitig habe er betont, dass er Schmerzen nur im Bereich der LWS bzw. im Kopfbereich wahrnehme. Die 2010 geäußerten psychiatrischen Verdachtsdiagnosen könnten in Übereinstimmung mit der Vorbegutachtung nicht bestätigt werden. Die damals vermutete posttraumatische Belastungsstörung, welche aufgrund der vom Versicherten beschriebenen aber bereits abgeklungenen Flashbacks, Angstattacken und Schreckhaftigkeit in den Raum gestellt worden sei, könne nicht verifiziert werden. Heute werde nur noch eine leichte Irritation durch Autogeräusche angegeben. Es sei zudem davon auszugehen, dass bei Vorliegen des Vollbildes einer posttraumatischen Belastungsstörung der Leidensdruck derart gross gewesen wäre, dass der Versicherte ärztliche Hilfe benötigt hätte. Die diagnostischen Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung seien ebenfalls nicht erfüllt, da die Schmerzschilderungen am Kreuz und am Kopf nicht im Vordergrund gestanden hätten. Für die rechte Körperseite sei sogar eine Schmerzsymptomatik verneint worden. In Bezug auf die dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörung sei darauf hinzuweisen, dass solche Störungen aus nicht bewältigten innerpsychischen Konflikten entstünden, die sich über unbewusste Mechanismen in verschiedenen psychischen und körperlichen Symptomen manifestierten. Beim Versicherten seien psychische und psychosoziale Probleme und Konflikte (Arbeitsstellenverlust, zeitweise familiäre Trennungssituation, finanzielle Sorgen, Kampf um Versicherungsleistungen) festzustellen, die jedoch von ihm bewusst wahrgenommen und genannt würden. Zudem hätten sie einen Leidensdruck ausgelöst und zu einer depressiven Reaktion geführt. Es sei ergebnislos nach Umständen und Situationen in der Lebens- und Krankheitsgeschichte des Versicherten gesucht worden, die den Schluss nahelegen würden, dass innere Konflikte auf die körperliche Ebene verschoben worden seien. Um eine dissoziative Störung diagnostizieren zu können, müsste ausserdem ein überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und den belastenden Ereignissen oder Problemen bestehen. Vorliegend habe sich die fragliche dissoziative Bewegungsstörung des rechten Armes über Jahre hinweg langsam progredient entwickelt, ohne dass sich ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen dieser Störung und den belastenden Ereignissen oder Problemen herstellen liesse. Die Bewegungsunfähigkeit des rechten Armes könne deshalb nicht auf ein psychiatrisches Krankheitsbild zurückgeführt werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe somit weder in der angestammten noch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dr. I. _____ wies ausserdem darauf hin, dass sich bei der Untersuchung kein ausreichender Wirkspiegel des verordneten

Antidepressivums gezeigt habe, was auf eine ungenügende Medikamentencompliance des Versicherten hindeute.

3.3 Dr. med. J.____, FMH Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte in seinem Fachgutachten vom 15. August 2013 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbogluteales Schmerzsyndrom rechts im Rahmen einer möglichen Schmerzfehlverarbeitung. Daneben beständen somatisch nicht begründbare funktionelle Defizite im Sinne einer Hemisymptomatik rechts. Die stärksten Schmerzen würden im Bereich des medialen Beckenkamms rechts angegeben. Palpatorisch und inspektorisch liessen sich dort keine relevanten Pathologien finden; es liege einzig eine starke Druckdolenz vor. Die geklagten Beschwerden würden sich nicht durch die bekannte foraminale kleine Diskushernie L5/6 erklären lassen. Andere bildgebende Befunde in diesem Bereich lägen nicht vor. Die mehrfach beschriebenen Diskrepanzen seien zu bestätigen. So zeige sich keine relevante Muskelatrophie, obwohl seit Jahren muskuläre Defizite am rechten Arm und Bein auffallen würden. Die Beschwielung der Handinnenflächen sei zudem seitengleich. Beim rechten Bein bestehe eine gewisse Schonung, da die Umfangmessungen eine leichtgradige Verminderung gegenüber links dokumentierten. Auch die Schuhsohle links sei etwas mehr abgewetzt als rechts. Die Differenz sei jedoch gering, was aufgrund der ausgeprägten fehlenden Innervation in liegender und sitzender Untersuchung doch speziell sei. Beim Gehen werde klar, dass der Versicherte das rechte Bein gut innervieren könne, obwohl er es steif halte. Verglichen mit der Untersuchung in der H.____ seien heute stärkere funktionelle Defizite in der Beweglichkeit zu finden. Es sei jedoch zu beachten, dass die Spontanbewegungen - abgesehen von denjenigen des rechten Armes und rechten Beines - praktisch normal seien, so dass nur eine scheinbare Verschlechterung vorhanden sei. Insgesamt ständen Beschwerden im Vordergrund, für welche eine somatische Ursache fehle und deshalb keinem rheumatologischen Krankheitsbild zugeordnet werden könnten. Es bestehe daher nur für ständige körperliche Schwerarbeiten eine Arbeitsunfähigkeit.

3.4 Am 28. Januar 2014 fertigte das F.____ ein MRI der LWS und des ISG sowie ein CT des ISG des Versicherten an. Im Bericht vom 30. Januar 2014 wurde eine lumbosakrale Übergangsanomalie mit Neoarthrosen zwischen dem Übergangswirbel und dem Sakrum mit Hinweisen für eine Instabilität rechts mit aktivierter Arthrose zum Sakrum beschrieben. Ferner liege eine Neoarthrose zwischen Übergangswirbel und dem Os ileum rechts mit grossen Osteophyten und geringer Entzündung um die Osteophyten vor. Zudem liessen sich Hinweise für alte Frakturen der Osteophyten finden. Der umschriebene Entzündungsprozess befinde sich im superioren ISG rechts; wahrscheinlich entspreche er einer aktivierten Arthrose. Ausserdem zeigten sich eine erosive Osteochondrose und eine kleine Diskushernie L5/S1 mit Kompression der Wurzel L5 rechts sowie eine leichtgradige Spondylarthrose mit Hinweisen auf eine Aktivierung.

3.5 Dr. J.____ führte in seinem Ergänzungsgutachten vom 26. Juni 2014 aus, dass die im Radiologiebericht vom 30. Januar 2014 beschriebenen degenerativen Veränderungen der LWS und die Übergangsanomalie beim Versicherten seit Jahren dokumentiert seien. Diese seien auch in seinem Fachgutachten aufgeführt. Dazu käme, dass die Feststellung von degenerativen Veränderungen an den Wirbelgelenken, an Bandscheiben, Reizzeichen wie Knochenmarksödeme oder Ergussbildungen in den Wirbelgelenken auf Bildern nicht bedeute, dass die

untersuchende Person auch Schmerzen habe. Für die Beurteilung von Beschwerden am Bewegungsapparat seien deshalb die klinische Untersuchung und die Anamnese ausschlaggebend. Die Bildgebung diene in erster Linie dazu, die in klinischen Untersuchungen festgestellten Verdachtsdiagnosen zu bestätigen. Anlässlich seiner Untersuchung vom 14. August 2013 habe der Versicherte seine Hauptbeschwerden weder über dem ISG noch über der LWS angegeben, sondern im Bereich des Beckenkamms. Die neuen bildgebenden Abklärungen hätten aber am Beckenkamm keine pathologischen Befunde ergeben. Auch wenn die neuen Bilder eine radikuläre Symptomatik auf der Höhe L/5 aufzeigten, habe es bei der klinischen Untersuchung durch die C.____ am 14. August 2013 keine Hinweise auf eine radikuläre L5-Symptomatik, Instabilitäten oder irritierte Arthrosen gegeben. Da keiner der klinischen Befunde ein entsprechendes organisches Korrelat gehabt habe, seien auch keine Zusatzuntersuchungen notwendig gewesen. Aufgrund der klinischen Untersuchungsergebnisse sei klar gewesen, dass eine erneute Bildgebung zu keiner Erklärung der aktuellen Beschwerden führe, weshalb auch keine solche veranlasst worden sei. Die neue radiologische Abklärung habe dies schliesslich auch bestätigt. Aus diesen Gründen habe sein rheumatologisches Fachgutachten vom 15. August 2013 unverändert Gültigkeit.

4.1 Wie alle Beweismittel unterliegen auch Gerichtsgutachten der freien richterlichen Beweiswürdigung. Kriterien der Beweiswürdigung bilden die Vollständigkeit, die Nachvollziehbarkeit und die Schlüssigkeit des Gutachtens. Das Gericht hat zu prüfen, ob das Gutachten alle Fragen beantwortet, sich auf den zutreffenden Sachverhalt stützt und den Befund ausreichend begründet. In Sachfragen weicht das Gericht jedoch "nicht ohne zwingende Gründe" von einer gerichtlichen Expertise ab (vgl. BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 118 V 290 E. 1b, 112 V 32 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht sieht keine zwingenden Gründe, von den Schlussfolgerungen der Gutachter der C.____ abzuweichen. Ihr Gutachten vom 24. Dezember 2013 und das Ergänzungsgutachten vom 26. Juni 2014 sind für die streitigen Belange umfassend, sie beruhen auf allseitigen Untersuchungen, sie berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sie sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation grundsätzlich ein. Zudem enthalten sie eine ausführliche und eingehende Würdigung der medizinischen Aktenlage. Die Gutachter setzten sich in ihrem Gutachten mit den divergierenden medizinischen Beurteilungen eingehend auseinander. So führte Dr. J.____ in seinem Fachgutachten zu den abweichenden Berichten der K.____ vom 3. Mai 2010 und vom 2. Dezember 2010 aus, dass die behandelnden Ärzte bei ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wonach der Versicherte in seinem angestammten Beruf als Gipser 100 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig sei, auf die

subjektiven Angaben des Versicherten abgestellt hätten. Diese Annahme erweist sich als zutreffend. Die behandelnden Ärzte der K._____ hielten in ihren Berichten vom 3. Mai 2010 und 2. Dezember 2010 fest, dass der Versicherte an persistierenden rechtsglutealen und lumbalen Schmerzen, brennende Knieschmerzen, Schlafstörungen, Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen und häufigen Kopfschmerzen leide. Zur Objektivierung dieser Beeinträchtigungen veranlassten sie mehrere Abklärungen (vgl. Berichte neurologisches und psychiatrisches Konsil vom 16. und 19. Februar 2010, neuropsychologische Testung vom 13. April 2010 und MRI-Bilder Schädel und Halswirbelsäule vom 10. März 2010). Dabei konnten die geklagten gesundheitlichen Beschwerden nicht objektiviert werden. Anlässlich der Schmerzkonferenz vom 28. April 2010 kamen die Fachpersonen der K._____ deshalb zum Schluss, dass die geklagten Beeinträchtigungen mangels Objektivierbarkeit im Rahmen einer dissoziativen Störung, differentialdiagnostisch auch im Rahmen einer somatoformen Störung und einer weitgehend abgeklungenen posttraumatischen Belastungsstörung mit Restsymptomen, zu beurteilen seien (vgl. Bericht vom 3. Mai 2010). Im nachfolgenden Bericht vom 2. Dezember 2010 wurden wiederum die vom Versicherten geklagten Beeinträchtigungen als Befunde aufgeführt und mit Verweis auf die durchgeführten Abklärungen festgehalten, dass diese objektiv nicht erklärbar seien. Trotz der nicht nachweisbaren Beschwerden beurteilte die Ärzteschaft der K._____ den Versicherten in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % bzw. in einer Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Daraus kann nur gefolgert werden, dass ihre Einschätzung auf den subjektiven Angaben des Versicherten beruht, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Aus psychiatrischer Sicht setzte sich Dr. I._____ mit den Verdachtsdiagnosen der K._____ eingehend auseinander und erklärte einleuchtend, weshalb diese nicht bestätigt werden könnten (vgl. Erwägung 3.2 und Seite 12 des Fachgutachtens vom 15. Oktober 2013). Dieser Ansicht schloss sich auch die RAD-Ärztin, Dr. D._____ in ihrer Stellungnahme vom 29. Januar 2014 an. Ergänzend führte sie zu Recht an, dass die behandelnden Ärzte der K._____ lediglich Verdachtsdiagnosen geäussert hätten und somit ihre Diagnosen nicht abschliessend festgelegt hätten. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass bereits die begutachtende Psychiaterin der H._____ anlässlich ihrer Untersuchung vom 21. März 2011 den psychiatrischen Verdachtsdiagnosen der Ärzteschaft der K._____ nicht zustimmen konnte.

4.3 Was die vom Versicherten vorgetragenen Rügen zur von Dr. I._____ festgestellte Verdeutlichungs- und Aggravationsneigung anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass die Aufgabe der Gutachterin primär darin bestand, den Gesundheitszustand des Versicherten und die ihm zumutbare Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Diese Aufgabe erledigte Dr. I._____ sorgfältig, indem sie in ihrer Beurteilung überzeugend darlegte, dass sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten des Versicherten gezeigt habe und die demonstrativ vorgetragenen Klagen auf sie unglaublich gewirkt hätten. Sie kam daher zum überzeugenden Schluss, dass die Leistungseinschränkung des Versicherten auf einer Aggravation oder ähnlichem beruhe. Entgegen den Angaben des Versicherten konkretisierte und belegte die Psychiaterin die Verdeutlichungs- und Aggravationsneigung durchaus an verschiedenen Stellen in ihrem Fachgutachten. Auf Seite 16 wird beispielsweise beschrieben, dass der Versicherte den Weg ins Untersuchungszimmer ohne erkennbare Einschränkung zurückgelegt habe, bei der klinischen Untersuchung dann aber eine starke Gehunsicherheit mit Hinken und Abstützen an der Wand demonstriert habe. Sodann wird auf Seite 12 erwähnt, dass der Versi-

cherte beim Gehen das Bein zwar steif halte, es dennoch aber gut innervieren könne. Für die Verdeutlichung sprächen auch die symmetrische Beschwielung der Hände und die fehlende Atrophie der Muskeln des rechten Armes. Dazu kommt, dass bereits im Gutachten der H.____ vom 9. Mai 2011 ein klarer Verdacht auf bewusstseinsnahe Täuschung und Aggravation geäussert und im Bericht der K.____ vom 3. Mai 2010 auf eine seit dem Leitersturz im März 2009 bestehende Aggravation der Beschwerden hingewiesen wurde. Damit ist nachvollziehbar, dass die Gutachterin von einer Aggravations- und Verdeutlichungsneigung des Versicherten ausging. Unter diesen Umständen war sie auch nicht gehalten, Gründe für einen sekundären Krankheitsgewinn darzulegen.

4.4 Desgleichen zielt der Einwand des Versicherten, wonach Dr. J.____ den rechten Arm und das rechte Bein des Versicherten nur oberflächlich untersucht habe, ins Leere. Auf Seiten 7 und 8 des rheumatologischen Fachgutachtens führte Dr. J.____ die Untersuchungswerte aller Extremitäten und deren Neurostatus auf. In der Beurteilung auf S. 9 setzte er sich mit seinen Untersuchungsergebnissen auseinander und begründete seine daraus gezogenen Schlussfolgerungen einleuchtend. Es gibt daher keine Anhaltspunkte, dass er seine Untersuchungen unsorgfältig bzw. oberflächlich vornahm. Es trifft zu, dass Dr. J.____ einerseits von seit Jahren bestehenden muskulären Defiziten am rechten Arm und am rechten Bein berichtet und andererseits keine relevanten Muskelatrophien feststellen konnte. Der Versicherte übersieht jedoch, dass Dr. J.____ damit die in den Vorakten immer wieder beschriebenen Diskrepanzen bestätigen wollte. Denn in Anbetracht der festgestellten Muskeldefizite wären erhebliche Muskelatrophien zu erwarten gewesen. Da die Muskelumfänge der Extremitäten jedoch nicht oder nur unwesentlich voneinander abwichen, ist davon auszugehen, dass der Versicherte die Bewegungen im Alltag ausführt, diese aber in Untersuchungssituationen aus irgendeinem Grund unbewusst oder bewusst nicht vorzeigt.

4.5 Das Vorbringen des Versicherten, wonach die Experten der C.____ voreingenommen seien, ist nicht stichhaltig. Allein die Tatsache, dass sie in ihren Fachgutachten immer wieder auf die Beurteilung der H.____ hinwiesen und im Wesentlichen zu den gleichen Ergebnissen gelangten, stellt noch kein Indiz für eine Voreingenommenheit dar. Fest steht, dass die Experten der C.____ ihre Einschätzungen gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen abgaben. Namentlich begründeten sie, weshalb sie der abweichenden ärztlichen Beurteilung der K.____ nicht folgten, ohne sich dabei auf die Ergebnisse der Gutachter der H.____ zu berufen.

4.6 Schliesslich sieht der Versicherte im Gutachten der C.____ einen weiteren Widerspruch, indem die Gutachter dem Versicherten die Ausübung einer mittelschweren Tätigkeit zumuteten, die Ausführung der angestammten Arbeit als Gipser und Bauhilfsarbeiter, welche mittelschwer sei, aber nicht mehr als möglich erachteten. Hierzu ist festzustellen, dass im Gutachten der C.____ ausdrücklich festgehalten wurde, dass der Versicherte nur unter der Voraussetzung, er habe als Gipser und Bauhilfsarbeiter körperlich anhaltend schwere Arbeiten ausgeführt, seine angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben könne. Daraus folgt implizit, dass die Gutachter der C.____ dem Versicherten die Ausübung der angestammten Arbeit zumuten, wenn es sich bei den Tätigkeiten als Gipser und Bauhilfsarbeiter um eine mittelschwere handelt.

4.7 Der Versicherte beantragt weiter, es sei ein Bericht des behandelnden Rheumatologen Dr. med. L.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, K.____, zum Radiologiebericht vom 30. Januar 2014 einzuholen. Dieser Antrag ist auf die von Dr. J.____ in seinem Ergänzungsgutachten vom 26. Juni 2014 aufgeworfene Frage zurückzuführen, weshalb kein solcher Bericht eingeholt worden sei. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Dr. J.____ diese Frage an den Versicherten richtete. Er stellte die Vermutung in den Raum, dass der Versicherte nur deswegen keinen neuen Bericht des behandelnden Rheumatologen eingeholt habe, weil dessen Beurteilung, wonach die Beschwerden des Versicherten im Rahmen der Differentialdiagnose der somatoformen Schmerzstörung zu betrachten seien, mit seiner übereinstimme. Wie Dr. J.____ überzeugend darlegte, führten die neuen bildgebenden Befunde zu keiner anderen Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Aus diesem Grund sind von einer erneuten Beurteilung durch den behandelnden Rheumatologen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet wird (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

4.8 Aufgrund dieser Ausführungen ist festzustellen, dass das Gutachten der C.____ vom 24. Dezember 2013 und das Ergänzungsgutachten vom 26. Juni 2014 die nach der Rechtsprechung für den Beweiswert medizinischer Gutachten geltenden Anforderungen erfüllt (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis) und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen vermag. Es ist demgemäss davon auszugehen, dass es dem Versicherten zumutbar ist, ab Juli 2009 einer leichten oder mittelschweren bis selten auch schweren Tätigkeit zu 100 % nachzugehen.

5.1 Der Invaliditätsgrad ist bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG). Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

5.2 Das von der IV-Stelle gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin festgestellte Valideneinkommen von Fr. 65'530.-- sowie das unter Beizug der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 61'386.-- beanstandete der Versicherte zu Recht nicht. Nachdem sich aus den Akten keine weiteren Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung vorzunehmen wäre, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit den von der IV-Stelle ermittelten Vergleichseinkommen. Setzt man im Einkommensvergleich das Invalideneinkommen von Fr. 61'386.-- dem Valideneinkommen von

Fr. 65'530.-- gegenüber, so resultiert daraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 4'144.--, was einen Invaliditätsgrad von 6 % ergibt. Bei einem Invaliditätsgrad unter 40 % besteht kein Rentenanspruch, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6. Abschliessend bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden.

6.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Danach wäre vorliegend der Versicherte eigentlich unterliegende und die IV-Stelle obsiegende Partei. In diesem Zusammenhang gilt es nun allerdings folgende Besonderheit zu berücksichtigen: Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Hält man sich diese Rechtsprechung vor Augen, so erscheint es richtig, die Beschwerde führende Partei bei der Verlegung der Prozesskosten - unabhängig vom effektiven Verfahrensausgang - auch dann als obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei zu behandeln, wenn zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage gekommen wäre, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfallen ist. Eine solche Konstellation liegt hier vor. Bei der nachfolgenden Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist deshalb der Versicherte grundsätzlich als obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei zu behandeln.

6.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen - vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO - keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden.

6.3 Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Wie das Bundesgericht in BGE 137 V 210 ff. entschieden hat, sind in den Fällen, in denen zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, die Kosten der durch das Gericht in Auftrag gegebenen Begutachtung den IV-Stellen aufzuerlegen. Dies sei, so das Bundesgericht weiter, mit der zitierten Bestimmung von

Art. 45 Abs. 1 ATSG durchaus vereinbar (BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2). Vorliegend gelangte das Kantonsgericht anlässlich seiner ersten Urteilsberatung vom 11. April 2013 zum Ergebnis, dass ein Entscheid in der Angelegenheit gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht möglich war. Aus Gründen der Verfahrensfairness erachtete das Kantonsgericht damals eine Rückweisung der Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle als nicht opportun, sondern es entschied sich stattdessen, die erforderliche zusätzliche Abklärung des medizinischen Sachverhaltes im Rahmen eines Gerichtsgutachtens vornehmen zu lassen. Wie sich anlässlich der heutigen Urteilsberatung gezeigt hat, war das in der Folge eingeholte Gerichtsgutachten der C.____ vom 24. Dezember 2013 im Hinblick auf eine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs des Versicherten unerlässlich. Im Lichte der geschilderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind demnach die Kosten dieses Gutachtens, welche sich gemäss den eingereichten Honorarrechnungen vom 3. Januar 2014 und 22. Dezember 2014 auf insgesamt Fr. 10'733.60 belaufen, der IV-Stelle aufzuerlegen.

6.4 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Beschwerdeführer obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in seiner Honorarnote vom 14. Oktober 2014 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 7,8 Stunden geltend, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 240.--. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'365.20 (7,8 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 240.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung in der Höhe von Fr. 10'733.60 werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.
 4. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'365.20 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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