



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 17. Januar 2013 (720 12 138)

Invalidenversicherung

Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente infolge Verschlechterung des Gesundheitszustandes

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rudolf Gautschi, Fürsprecher, Kieser Senn Partner, Ulrichstrasse 14, 8032 Zürich

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1961 geborene A.____ arbeitete von 2. Dezember 1991 bis 7. Mai 2004 als Bau-
spengler bei der B.____ AG in X.____. Am 27. März 2001 meldete er sich bei der Eidgenössi-
schen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. In der Folge klärte die IV-
Stelle die gesundheitlichen und die erwerblichen Verhältnisse des Versicherten ab. Gestützt auf
das Gutachten der C.____ vom 27. Juni 2006 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfü-
gungen vom 14. und 26. Februar 2007 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 45 % rückwirkend

per 1. Juni 2001 eine Viertelsrente zu. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, mit Urteil vom 14. Dezember 2007 ab.

B. Mit Schreiben vom 18. Oktober 2010 ersuchte A.____ infolge Verschlechterung seines Gesundheitszustandes um Erhöhung der Rente. Aufgrund des Gutachtens der C.____ vom 9. April 2011 und dem Ergänzungsgutachten vom 25. Mai 2011 stellte sich die IV-Stelle im Rahmen des Vorbescheidverfahrens auf den Standpunkt, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten nicht erheblich verändert habe. Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Advokat Dr. Alex Hediger, unter Hinweis auf diverse ärztliche Berichte Einwände. Mit Verfügung vom 16. März 2012 teilte die IV-Stelle mit, dass sie an ihrer Auffassung festhalte und der Versicherte somit keinen Anspruch auf eine höhere Invalidenrente habe.

C. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Fürsprecher Rudolf Gautschi, am 3. Mai 2012 Beschwerde ans Kantonsgericht. Darin beantragte er, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die IV-Stelle zu verpflichten, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab April 2011 mindestens eine halbe Invalidenrente auszurichten; unter o/e Kostenfolge. In der Begründung wurde insbesondere die Beurteilung der C.____ in mehreren Punkten beanstandet. Beim Einkommensvergleich sei die Realloohnerhöhung nicht berücksichtigt worden. Ausserdem seien für die Berechnung des Invaliditätsgrades die Verhältnisse zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses und nicht diejenigen des Revisionsgesuchs massgebend. Zudem sei der leistungsbedingte Abzug von 10 % auf 20 % zu erhöhen. Schliesslich sei fraglich, ob angesichts der verschiedenen Diagnosen die Restarbeitsfähigkeit überhaupt verwertet werden könne.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 10. August 2012 stellte die IV-Stelle den Antrag auf teilweise Gutheissung der Beschwerde. Da sich der Versicherte vom 20. Januar 2010 bis 31. August 2010 in der Tagesklinik der D.____ habe behandelnd lassen und dadurch nicht arbeitsfähig gewesen sei, habe er unter Berücksichtigung von Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 für den Zeitraum vom 1. April 2010 bis 30. November 2010 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

E. In der Replik vom 17. Oktober 2012 hielt der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter an seinen Rechtsbegehren vom 3. Mai 2012 fest. Zudem sei dem Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. April 2010 bis 30. November 2010 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

F. Die IV-Stelle schloss in ihrer Duplik vom 1. November 2012 weiterhin auf teilweise Gutheissung der Beschwerde.

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

1. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob der Versicherte Anspruch auf eine höhere als die laufende Viertelsrente 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 länge-

re 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] vom 19. Juni 1959; Art. 3 und 4 ATSG).

1.2 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder - als alternative Voraussetzung - sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

2.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich bleibenden Gesundheitszustandes (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen) oder der Grundlagen für die Wahl der Invaliditätsbemessungsmethode (BGE 117 V 199 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2011, 9C_223/2011, E. 3.1) revidierbar. Bei den Renten der Invalidenversicherung ist grundsätzlich jede Änderung des Sachverhalts, die zu einer Über- oder Unterschreitung eines Schwellenschwertes (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG) führt, als erheblich zu betrachten (BGE 133 V 545 f. E. 6 und 7; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 165). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 200 E. 4b; SVR 2004 IV Nr. 17 S. 53). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit

für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/2008, E. 2.1 mit Hinweis).

2.2 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4 und 130 V 75 ff. E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 14. und 26. Februar 2007 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 45 % rückwirkend ab 1. Juni 2001 eine Viertelsrente zu. Nachdem der Versicherte mit Schreiben vom 18. Oktober 2010 um Erhöhung der laufenden Rente ersucht hatte, beauftragte die IV-Stelle die C._____ mit der Begutachtung des Versicherten. Gestützt auf das Gutachten vom 9. April 2011 und dem Ergänzungsgutachten vom 25. Mai 2011 wies sie mit Verfügung vom 25. Mai 2011 das Gesuch um Rentenerhöhung ab. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Erhöhung der laufenden Viertelsrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügungen vom 14. und 26. Februar 2007 bestand, mit demjenigen im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. März 2012.

3. Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand und - damit einhergehend - der Grad der Arbeitsfähigkeit des Versicherten tatsächlich, wie von der IV-Stelle geltend gemacht, seit der Rentenzusprache in einer anspruchserheblichen Weise verbessert hat.

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

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs ge-

statten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

4.1 In ihren Rentenverfügungen vom 14. und 26. Februar 2007 stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das Gutachten der C.____ vom 27. Juni 2006. Dabei wurde der Versicherte in internistischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht untersucht. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte das Expertenteam eine Anpassungsstörung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein chronisches linksbetontes zervikozephalas Schmerzsyndrom auf. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den belastungsabhängigen Schmerzexazerbationen für die angestammte Tätigkeit als Bauspengler wie auch für weitere, körperlich schwere Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %. Die schmerzbedingte leichte Verlangsamung führe für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu einer 30%igen Einschränkung bei einer ganztägigen Arbeit. Aus somatischer Sicht würden keine Diagnosen bestehen, welche eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Das leichte Zervikalsyndrom schränke die Leistungsfähigkeit für mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten um 30 % bei einem Vollzeitpensum ein. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Abkanter sei als leicht bis mittelschwer einzustufen. Die Arbeitsfähigkeit sei seit 3. Juni 2000 eingeschränkt. Die Selbsteinschätzung des Versicherten stehe in deutlicher Diskrepanz zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit. Es müsse eine gewisse Fehlverarbeitung der Beschwerden angenommen werden; die Schmerzen seien aber grundsätzlich überwindbar. Aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestehe eine wesentlich höhere Selbstlimitierung als diese medizinisch begründbar wäre. Dem Versicherten sei daher

zuzumuten, trotz der Schmerzen zu 100 % einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wobei eine Leistungsverminderung von 30 % anzunehmen sei.

4.2.1 Im Rahmen des Gesuchs um Rentenerhöhung vom 18. Oktober 2010 entschloss sich die IV-Stelle bei der C.____ ein Verlaufsgutachten zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Frage der Arbeitsfähigkeit des Versicherten einzuholen. In ihrem Gutachten vom 9. April 2011 hielten die beteiligten Fachärztinnen und -ärzte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik und chronische Leistenschmerzen links fest. In psychiatrischer Hinsicht führte Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, aus, dass der Versicherte anlässlich der Untersuchung eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik mit depressiven Verstimmungen und wiederholt auch aggressive Gestimmtheit, erhöhte Ermüdbarkeit, Morgentiefs, Libidoverlust, Schlafstörungen und Schuldgefühle sowie eine diffuse Schmerzsymptomatik im Bewegungsapparat gezeigt habe. Es beständen deutlich ausgeprägte psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren. Finanziell sei er auf die Sozialhilfe angewiesen. Die Schmerzen hätten sich trotz Behandlungen nicht gebessert. Es sei in der Folge zum Rückzug seiner Kollegen gekommen, da diese nicht verstanden hätten, weshalb er krank sei und nicht mehr arbeite. Ausserdem seien verbale Auseinandersetzungen innerhalb der Familie aufgetreten. Diagnostisch handle es sich um eine leichte bis mittelgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche die Arbeitsfähigkeit um 30 % einschränkten. Eine schwere psychische Störung bestehe nicht. Der Versicherte sei akut nicht suizidal und leide nicht an deutlichen Konzentrationsstörungen. Hinweise auf unbewusste Konflikte seien nicht vorhanden. Ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht erwiesen. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht gestört. Es sei ihm deshalb zumutbar, einer seinen körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit im Umfang von 70 % nachzugehen. Im "idealsten Fall" könne es sich auch um ein ganztägiges Pensum mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen handeln.

4.2.2 In orthopädischer Hinsicht seien die oberen und unteren Extremitäten bei guter Kraftentfaltung frei beweglich. An der linken Schulter seien infolge Gegenspannung Überkopfbewegungen jeweils eingeschränkt. Der Versicherte demonstriere ein linksseitiges Hinken, welches er aber im Rückwärtsgang nicht zeige. Die symmetrische plantare Beschwiellung und die Umfangmessung der Oberschenkel würden klar gegen eine länger dauernde Schonung sprechen. Über der thorakolumbalen Wirbelsäule, dem Rippenbogen, der Flanke und der Beckenregion der linken Seite bestehe eine äusserst diffuse Druckdolenz. Sämtliche Waddell-Zeichen seien positiv. Für die Tätigkeit als Bauspengler und für andere körperlich schwere Arbeiten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dagegen könne der Versicherte eine körperlich leichte, intermittierend mittelschwere Tätigkeit unter Wechselbelastung zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt ausführen. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, intermittierend 15 kg, sollten vermieden werden. Aus neurologischer Sicht zeigten sich keine Hinweise für eine Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems. Auf radiologischer Ebene beständen lediglich geringe degenerative Veränderungen am linken Hüftgelenk. Auch die mässigen degenerativen Veränderungen an der unteren zervikalen und lumbalen Wirbelsäule vermöchten die angegebenen Beschwerden nicht ausreichend zu erklären. Damit seien die vom Versicherten

geäusserten äusserst diffusen Schmerzen durch die klinischen und radiologischen Befunde kaum begründbar. Gestützt auf ihre Befunde kam das Expertenteam der C._____ zum Schluss, dass aus polydisziplinärer Sicht es dem Versicherten zuzumuten sei, eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 70 % auszuführen; idealerweise in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen. Körperlich schwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar.

4.2.3 im Ergänzungsgutachten vom 25. Mai 2011 nahm der zuständige psychiatrische Facharzt der C._____ zu den Foerster-Kriterien Stellung. Danach liege aufgrund der leichten bis mittelgradigen Episode eine psychische Komorbidität nebst der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vor. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf im Sinne eines primären Krankheitsgewinns sei nicht festzustellen. Es bestehe ein gewisser sozialer Rückzug, Kontakte innerhalb der Familie zur Ehefrau und zum Bruder seien dagegen vorhanden. So seien auch Reisen in die Heimat möglich. Die therapeutischen Möglichkeiten seien nicht ausgeschöpft, da die antidepressive Medikation zu niedrig sei. Die Kriterien des chronischen Verlaufs und der psychiatrischen Komorbidität sowie des sozialen Rückzugs seien ganz bzw. teilweise erfüllt, weshalb sich die anhaltende somatoforme Schmerzstörung einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke.

4.3 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhalts und bei ihrem Entscheid über die Frage, ob eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten eingetreten ist, auf das am 9. April 2011 erstattete Gutachten der C._____ und das Ergänzungsgutachten vom 25. Mai 2011. Sie ging demzufolge davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit den ursprünglichen Rentenverfügungen vom 14. und 26. Februar 2007 nicht in einer anspruchserheblichen Weise verschlechtert habe. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.3 hiavor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten der C._____ weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 3.2 hiavor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Insbesondere zeigten die Experten nachvollziehbar auf, dass es seit der anfangs 2007 erfolgten Rentenzusprache nicht zu einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten kam. Sie setzten sich ausserdem mit den neueren, abweichenden psychiatrischen Einschätzungen von Dr. med. F._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Oktober 2010, und der behandelnden Ärzte der D._____ vom 26. August 2010 auseinander. Dr. F._____ diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode sowie eine Anpassungsstörung und attestierte eine 60 %- bis 70%ige Arbeitsfähigkeit. Die Ärzte der D._____ hielten als Diagnosen ebenfalls eine rezidivierende de-

pressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie zusätzlich ein zervikozephalales Syndrom fest. Dabei wurde im Bericht der D.____ darauf hingewiesen, dass die somatischen Beschwerden stark im Vordergrund ständen; die psychische Befindlichkeit sei stark an die körperlichen Empfindungen gebunden. In Bezug zu den Ausführungen von Dr. F.____ legten die Gutachter der C.____ schlüssig dar, dass eine mittelgradige depressive Episode und eine Anpassungsstörung als Diagnosen nicht gleichzeitig gestellt werden könnten. Bei einer Anpassungsstörung würde es sich um eine leichte psychische Störung handeln, welche keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen könne. Unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 würde lediglich eine leichte bis mittelgradige depressive Episode vorliegen. Die Gutachter der C.____ stellten zu Recht fest, dass auf den Bericht der D.____ nicht abgestellt werden könne, da es die behandelnden Ärzte der D.____ unterlassen hätten, Angaben über die Restarbeitsfähigkeit zu machen. Ausserdem sei die Diagnosestellung der Ärzte der D.____ zu undifferenziert. Zwar hätten sie festgestellt, dass der Versicherte vor allem auf die somatischen Beschwerden fokussiert sei. Dieser Umstand hätte aber einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zugeordnet werden müssen.

4.4 Was der Versicherte vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens der C.____ vom 9. April 2011 und des Ergänzungsgutachtens vom 25. Mai 2011 in Frage zu stellen. Soweit er geltend macht, das Gutachten der C.____ vom 27. Juni 2006 sei fehlerhaft, ist auf das Urteil des Kantonsgerichts vom 14. Dezember 2007 hinzuweisen, in welchem es rechtskräftig entschied, dass auf das Gutachten der C.____ abgestellt werden könne. Die gesetzlichen Voraussetzungen für eine allfällige Revision des Urteils liegen nicht vor. Es wird daher verzichtet, auf die diesbezüglichen Einwände gegen das Gutachten der C.____ vom 27. Juni 2006 näher einzugehen.

4.5.1 Weiter legt der Versicherte sinngemäss dar, dass die Ärzte der C.____ bereits ein Gutachten über seinen Gesundheitszustand verfasst hätten, weshalb sie bei der erneuten Begutachtung vorbelastet gewesen seien. Der Umstand, dass sich Sachverständige schon einmal mit einer Person befasst haben, schliesst später deren Beizug als Gutachter nicht zum Vornherein aus. Eine unzulässige Vorbefassung liegt auch dann nicht vor, wenn die Gutachter zu für eine Partei ungünstigen Schlussfolgerungen gelangen (BGE 132 V 110 E. 7.2.2 mit Hinweis). Anderes würde gelten, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit objektiv begründen vermögen, etwa wenn der Sachverständige seinen Bericht nicht neutral und sachlich abfasste (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2009, 9C_893/2009, E. 1.2.2). Solche Anhaltspunkte sind hier nicht gegeben und werden konkret auch nicht geltend gemacht. Damit war die durch die C.____ vorgenommene Verlaufsbegutachtung ohne weiteres zulässig. Es ist denn auch sinnvoll, die bereits mit dem Versicherten befassten Mediziner zur Entwicklung des Beschwerdebildes und der Arbeitsfähigkeit zu befragen.

4.5.2 Dazu kommt, dass sich der Versicherte - worauf die IV-Stelle zutreffend in ihrer Vernehmlassung vom 10. August 2012 hinweist - gegen die Anordnung der Begutachtung bei der C.____ hätte wehren können. Die IV-Stelle informierte den Versicherten am 7. Dezember 2010, dass sie eine polydisziplinäre Begutachtung bei der C.____ beabsichtige. Sie wies ihn dabei

darauf hin, dass die C.____ die am Gutachten beteiligten Fachärzte später bekannt gebe. Es stehe ihm dann offen, triftige Gründe gegen die begutachtenden Personen bei der IV-Stelle geltend zu machen. Dem Versicherten blieb es somit unbenommen, diese angeordnete Begutachtung abzulehnen, indem er eine Zwischenverfügung gegen die Anordnung dieser Gutachterstelle verlangt bzw. Einwände gegen die begutachtenden Fachärzte erhoben hätte. Er unterzog sich jedoch dieser Begutachtung, ohne diese zu beanstanden. Damit ist nicht mehr darüber zu entscheiden, ob sie zu Recht erfolgte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. Juli 2001, 8C_148/2011, E. 3.3)

4.6 Was die Rügen hinsichtlich der widersprüchlichen und aktenwidrigen Diagnosestellung der Gutachter der C.____ anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass die gestellten Diagnosen den Befunden entsprechen. Dass diese nicht in allen Belangen mit den bisherigen und denjenigen des G.____ vom 15. Juni 2004 übereinstimmen, spricht dafür, dass die Gutachter der C.____ den Versicherten umfassend untersuchten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungsbefunde ihre Diagnosen stellten. Daran ändert auch der Einwand nichts, dass sich die MRI-Bilder vom 19. Januar 2011 nicht in den Akten befinden. Es gibt keine Hinweise, dass diese und im Übrigen auch diejenigen vom 18. Januar 2011 nicht existieren würden. Der Versicherte stellte auch nie ein Begehren, diese MRI-Bilder zu edieren, weshalb er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Es trifft zu, dass anlässlich der Untersuchung in der C.____ im Jahre 2004 eine Diskushernie C5/6 ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik festgestellt wurde. Dass diese gemäss den MRI-Bildern inzwischen abgeheilt ist, ist nicht aussergewöhnlich. Die IV-Stelle weist zu Recht darauf hin, dass Spontanheilungen von Bandscheibenvorfällen häufig sind (vgl. Bandscheibenvorfall an der Lendenwirbelsäule, abrufbar im Internet unter: http://www.schulthess-klinik.ch/default/assets/File/WIRBEL_B_Vorfall_lws.pdf).

4.7 Entgegen der Ansicht des Versicherten ist der Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule am 3. Juni 2000 an gleicher Stelle sowohl im Gutachten der C.____ vom 27. Juni 2006 als auch im Ergänzungsgutachten vom 9. April 2011 unter "Bericht des Gutachtens des G.____ vom 15.6.2004" aufgeführt. Nicht gefolgt werden kann den Ausführungen des Versicherten auch zu den Auswirkungen der körperlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit. Wohl wird aufgrund der somatischen Beschwerden eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte und andere schwere körperliche Tätigkeiten attestiert, jedoch nicht für leichte und intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten. Es stimmt daher nicht, dass die Gutachter der C.____ lediglich die psychische Symptomatik bei der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt hätten. Der Auffassung des Versicherten, es widerspreche jeder Lebenserfahrung, dass eine Person für schwere Arbeiten zu 100 % arbeitsunfähig und für mittelschwere vollständig arbeitsfähig sei, kann ebenso wenig gefolgt werden. Der begutachtende Orthopäde der C.____ erklärte unter Ziffer 4.2.5 des Gutachtens vom 9. April 2011 nachvollziehbar, dass schwere Arbeiten aufgrund der Belastungen derart heftige Schmerzen provozieren würden, dass deren Ausführung nicht mehr zumutbar sei. Wie die vom Versicherten beschriebenen Tätigkeiten in seinem jetzigen Alltagsleben zeigten, entstehe bei körperlich leichten und intermittierend mittelschweren Tätigkeiten unter Wechselbelastung kaum eine wesentliche Schmerzprovokation, weshalb - übereinstimmend mit den Befunden - davon auszugehen sei, dass er solche Arbeiten uneingeschränkt ausführen könne. Es ist deshalb nicht lebensfremd,

wenn eine Unzumutbarkeit für schwere aber nicht für leichte Arbeiten angenommen wird. Ausserdem übersieht der Versicherte, dass es ihm gemäss Gutachten der C.____ lediglich zumutbar ist, mittelschwere Tätigkeiten intermittierend aber nicht dauernd auszuführen.

4.8 Zu keinem anderen Schluss führen die Einwände, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit einem 100%igen Arbeitseinsatz widerspreche; zumal vorliegend keine 100%ige, sondern gemäss Gutachten der C.____ lediglich eine 70%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Zudem ergeben sich aus den Akten keine Hinweise, dass der Versicherte einer besonders intensiven Therapie bedarf.

4.9 Der Versicherte macht weiter geltend, dass die Ausführungen der Gutachter der C.____ zu den Foerster-Kriterien unterschiedlich seien. So werde im Ergänzungsgutachten vom 25. Mai 2011 von einem anderen Krankheitsbild ausgegangen, als es noch im Gutachten vom 9. April 2011 beschrieben worden sei. Ausserdem sei im Gutachten der C.____ vom 27. Juni 2006 noch keine Rede von den Foerster-Kriterien gewesen. Zudem sei festzustellen, dass gemäss Gutachten der C.____ vom 9. April 2011 die Kriterien des chronischen Verlaufs sowie der psychiatrischen Komorbidität ganz und dasjenige des sozialen Rückzugs teilweise erfüllt seien. Auch diesem Vorbringen kann nicht gefolgt werden. In der Einleitung des Ergänzungsgutachtens werden sämtliche im Gutachten vom 9. April 2011 angeführten Äusserungen zu den Foerster-Kriterien zusammenfassend wiedergegeben (vgl. Ziffern 4.1.4, 4.1.5, 4.1.7 und 4.1.9). Eine abweichende Beurteilung der Kriterien ist dabei nicht festzustellen. Zwar setzten sich die - Gutachter der C.____ in ihrem Gutachten aus dem Jahre 2006 nicht mit den Foerster-Kriterien auseinander, obwohl sie aufgrund des Leitentscheids BGE 130 V 309 dazu aufgefordert gewesen wären. Was der Versicherte von diesem Umstand zu seinen Gunsten ableiten möchte, ist jedoch nicht ersichtlich; es fehlen dazu auch substantiierte Ausführungen. Weiter bestreitet der Versicherte nicht, dass lediglich drei Foerster-Kriterien (teilweise) erfüllt sind (vgl. zu den einzelnen Foerster-Kriterien: BGE 130 V 352). Damit kann aber dem Versicherten zwar nicht vollumfänglich aber doch zu einem gewissen Teil eine Willensleistung zugemutet werden, um seine Schmerzen zu überwinden. Diese Einschränkung ist in der festgestellten 30%igen Arbeitsunfähigkeit mitberücksichtigt (vgl. Ziffer 6.2 des Gutachtens vom 9. April 2011).

4.10 Schliesslich bringt der Versicherte vor, dass der begutachtende Psychiater der C.____ der Meinung sei, dass nur im "idealsten Falle" eine ganztägige Arbeitsfähigkeit zu realisieren sei. Dieser Fall liege hier nicht vor, da der Versicherte aufgrund seiner psychischen Beeinträchtigungen eine erhöhte Ermüdbarkeit aufweise, was seine Leistungsfähigkeit um 30 % reduziere. Die IV-Stelle weist hierzu in ihrer Stellungnahme vom 1. November 2012 richtig darauf hin, dass der Psychiater es lediglich als "ideal" erachte, wenn der Versicherte seine Leistungsfähigkeit von 70% in einem Ganztagespensum verwerten könne. Damit sagt er jedoch nicht, dass seine 70%ige Leistungsfähigkeit in einem Ganztagespensum erbracht werden *muss*. Entgegen der Annahme des Versicherten kann die vom Psychiater der C.____ gewählte Formulierung auch nicht als Prognose verstanden werden.

4.11 Der Einwand, dass die neurologischen/orthopädischen Diagnosen schon allein die Arbeitsfähigkeit zu 30 % beeinträchtigten und demgemäss die psychiatrischen zu einer weiterge-

henden Leistungsreduktion führen müssten, erweist sich als nicht stichhaltig. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts überschneiden sich beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen deren erwerblichen Auswirkungen in der Regel, weshalb der Grad der Arbeitsunfähigkeit diesfalls aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen ist. Eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade ist nicht zulässig (RDAT 2002 I Nr. 72 S. 485; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2007, 8C_518/07, E. 3.2). Die Gutachter kamen in ihrer Konsensbeurteilung zum Schluss, dass die Leistungseinbusse unter Berücksichtigung sowohl der psychischen als auch neurologischen/orthopädischen Einschränkungen gesamthaft 30 % betrage. Gründe, welche für eine weitergehende Reduktion sprechen würden, ergeben sich nicht aus den medizinischen Akten.

4.12 Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu, so kann auf die vom Versicherten beantragte Einholung eines gerichtlichen Gutachtens oder Rückweisung zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung an die Vorinstanz verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

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

5.2 Die IV-Stelle nahm in der angefochtenen Verfügung vom 16. März 2012 den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ging sie von einem für das Jahr 2001 geltenden Jahreslohn von Fr. 64'740.-- (vgl. Fragebogen vom 10. August 2001) aus und passte diesen an die bis 2010 erfolgte Nominallohnentwicklung an. Dadurch ermittelte sie ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 72'568.--. Da der Versicherte nach Eintritt des Gesundheitsschadens keiner Erwerbstätigkeit nachging, berechnete die IV-Stelle das Invalideneinkommen korrekterweise anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und erhielt als Ergebnis Fr. 61'164.--. Von dem auf diese Weise erhobenen statistischen Wert gewährte sie dem Versicherten einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 %, was einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 34'034.-- pro Jahr bei einer 70%igen Arbeitsfähigkeit entspricht. Aus der Gegenüberstellung der beiden Einkommen resultiert, so das Fazit der IV-Stelle, demnach ein Invaliditätsgrad von 47 %. Der Versicherte beanstandet in diesem Zusammenhang die fehlende Anpassung des Valideneinkommens an die generelle und

individuelle Realloohnerhöhung und den Abzug vom Tabellenlohn von lediglich 10 %. Ausserdem sei der Einkommensvergleich aufgrund der Lohnverhältnisse im Zeitpunkt des Verfügungserlasses durchzuführen.

5.3 Der Zeitpunkt des Verfügungserlasses ist im Revisionsverfahren massgebend, wenn es um die zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades geht (vgl. auch Erwägung 2.2). Dieser Zeitpunkt bildet auch die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 131 V 11 E. 1, 130 V 446 E. 1.2 je mit Hinweisen). Anders sieht es bei der Invaliditätsbemessung aus. Dort ist zu berücksichtigen, dass der (potenzielle) Beginn des Rentenanspruchs den massgebenden Zeitpunkt für die Durchführung des Einkommensvergleichs darstellt (vgl. BGE 129 V 222 E. 4.1 und 4.2). Die Grundsätze für die erstmalige Invaliditätsbemessung gelten im Rentenrevisionsverfahren, weshalb die oben dargelegten Grundsätze auch auf den vorliegenden Fall anzuwenden sind (vgl. URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Freiburg 2003, S. 147). Da Art. 88^{bis} Abs. 1 lit. a IVV bestimmt, dass die Erhöhung der Rente frühestens von dem Monat an erfolgen kann, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde, ist der Zeitpunkt des Einreichens des Revisionsgesuchs als massgebend zu erachten. Der Versicherte ersuchte am 18. Oktober 2010 um Revision seiner Rente. Somit sind die beiden Vergleichseinkommen im Rahmen der Invaliditätsbemessung aufgrund der Verhältnisse im Jahr 2010 zu ermitteln.

5.4.1 Der Versicherte verlangt weiter die Anrechnung eines Validenlohnes von Fr. 78'076.-- (Lohn 2001: Fr. 64'740.-- zuzüglich die bis 2011 erfolgte generelle und individuelle Realloohnerhöhung von angenommenen 11 % und Teuerung von 9,6 %). Unter dem Valideneinkommen ist jenes Einkommen zu verstehen, welches die versicherte Person als Gesunde tatsächlich erzielen würde (ZAK 1992 S. 92 E. 4a, 1961 S. 367). Für die Bemessung des hypothetischen Verdienstes ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt wird, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde. Die Entwicklung des Nominallohns wird aufgrund der offiziellen Angaben (Nominallohnindex nach Geschlecht [vgl. BGE 129 V 408], Arbeitsbereich und Qualifikation) erfasst, wie sie etwa der Publikation des BFS über die Lohnentwicklung, dem Statistischen Jahrbuch oder der Zeitschrift "Die Volkswirtschaft" entnommen werden können. Soweit ein zusätzlicher persönlicher (etwa weiterbildungsbedingter) Produktivitätsfortschritt im Gesundheitsfall geltend gemacht wird, müssen hiefür im Einzelfall greifbare Anhaltspunkte ersichtlich sein (BGE 96 V 29; RKUV 2006, Nr. U 568 S. 67, 1993 Nr. U 168 S. 100 E. 3b; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 13. September 2005, U 87/05; ZAK 1992 S. 92 E. 4a).

5.4.2 Ist eine teilinvalide Person in der angestammten Beschäftigung bestmöglich eingegliedert, so ist es nicht erforderlich, den Nominallohnwachstum durch Teuerungsausgleich und das allgemeine Reallohnwachstum je gesondert nachzuvollziehen. Gleichlaufende Entwicklungen

verhalten sich mit Bezug auf die durch Einkommensvergleich darzustellende Differenz neutral. In einem solchen Fall erübrigt sich die Rekonstruktion des hypothetischen Verlaufs des Valideneinkommens bis zum Rentenbeginn oftmals auch hinsichtlich des Reallohnwachstums durch individuelle Produktivitätssteigerung aufgrund zunehmender berufserfahrungsbedingter Fertigkeiten. Ein abweichender Verlauf von Validen- und Invalideneinkommen ergibt sich aber, sobald die leidensbedingte Einschränkung den Erfahrungseffekt und das damit verbundene übliche berufliche Fortkommen (teilweise) zunichte macht. Dies gilt, wenn hinreichend konkrete Anhaltspunkte für ausserordentliche Karriereschritte oder einen einkommenswirksamen Wechsel des Tätigkeitsbereichs bestehen; entsprechende Indizien sind beispielsweise in der Inangriffnahme (und invaliditätsbedingten Aufgabe) oder in der nachweislichen Planung weiterführender Ausbildungen zu erblicken, die für die Ausübung der bisherigen Arbeit allein nicht erforderlich sind (Urteil des EVG vom 13. September 2005, U 87/05).

5.4.3 Im konkreten Fall sind Gründe für einen Lohnanstieg im Gesundheitsfall, der über das Ausmass der bei einer Fortführung der bisherigen Tätigkeit nach Eintritt der Invalidität anfallenden Einkommensentwicklung hinausginge, weder ersichtlich noch ergeben sich dafür aus den Akten entsprechende Anhaltspunkte. Es kann zudem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder angenommen werden, dass sich die gesundheitlichen Einschränkungen nach Eintritt der Invalidität negativ auf den individuellen Produktivitätszuwachs ausgewirkt hätten, noch, dass dadurch etwa besondere Karriereaussichten vereitelt worden wären. Danach kann davon ausgegangen werden, dass Validen- und Invalideneinkommen hinsichtlich sämtlicher arbeitsmarktökonomischer Komponenten der Lohnentwicklung bis zum Zeitpunkt des Rentenbeginns parallel verliefen.

5.5.1 Hingegen haben gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte, die nicht mehr voll leistungsfähig sind, erfahrungsgemäss eine Reduktion des üblichen Lohnansatzes hinzunehmen. Von einem anhand der Tabellenlöhne der LSE erhobenen Invalideneinkommen sind deshalb praxismässig verschiedene Abzüge zulässig. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (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).

5.5.2 Die Einschätzung des leidensbedingten Abzuges ist stets eine Ermessensentscheidung. Bei der Überprüfung dieser Einschätzung kann es nicht darum gehen, dass das Kantonsgericht als kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Es geht vielmehr um die Frage, 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 (BGE 126 V 75 E 6, 123 V 150 E. 2).

5.5.3 Vorliegend sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten in der Beurteilung des zumutbaren Leistungsprofils und die damit verbundene Teilzeitarbeit bereits ausreichend berücksichtigt worden. Laut den massgebenden medizinischen Beurteilungen ist er in der Lage, leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten im Umfang von 70 % zu verrichten. Die 30%ige Einschränkung berücksichtigt nebst der psychischen Symptomatik auch die vom Versicherten geltend gemachten Beschwerden wie das chronische pan-vertebrale Schmerzsyndrom, die chronischen Leistenschmerzen und die durch die psychischen Störungen bedingten Ermüdbarkeit erforderlichen vermehrten Pausen. Eine weitergehende Anrechnung dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim leidensbedingten Abzug würde einer unzulässigen doppelten Berücksichtigung derselben Einschränkung gleichkommen (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 24. Januar 2011, 8C_530/210, E. 4.2). Die fast 10-jährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ist auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen, da es dem Versicherten zumutbar gewesen wäre, seit der letzten Begutachtung im Jahr 2006 - bis auf die Zeit während der ambulanten Behandlung vom 21. Januar 2010 bis 31. August 2010 in der Tagesklinik der D.____ (vgl. nachfolgende Erwägung) - einer ganztägigen Tätigkeit mit einer 30%igen Leistungseinschränkung nachzugehen. Sie rechtfertigt deshalb keinen erhöhten leidensbedingten Abzug. Mit Blick auf die ärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung der Gutachter der C.____ sind keine zusätzlichen Aspekte ersichtlich, die auf eine Erschwerung bei der erwerblichen Verwertung der Restarbeitsfähigkeit schliessen lassen würden.

5.5.5 In der Vernehmlassung vom 10. August 2012 stellte die IV-Stelle den Antrag, die Verfügung vom 16. März 2012 sei insofern zu korrigieren, dass von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 20. Januar 2010 bis 31. August 2010 auszugehen ist. Während dieser Zeit habe sich der Versicherte in ambulanter Behandlung in der Tagesklinik der D.____ befunden. Diesem Antrag kann ohne weiteres gefolgt werden. Auf die Durchführung des Einkommensvergleichs in Bezug auf die Zeit dieser ambulanten Behandlung in der Tagesklinik der D.____ kann verzichtet werden. Denn fehlt es wie vorliegend an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteile des EVG vom 21. August 2006, I 831/05, E. 4.1.1, vom 7. November 2003, I 246/02, vom 26. Mai 2003, I 462/02, und vom 4. April 2002, I 401/01).

5.6 Aufgrund dieser Ausführungen ist festzustellen, dass der Versicherte in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV für die Zeit vom 1. April 2010 bis 30. November 2010 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat (vgl. dazu auch BGE 131 V 164, 125 V 413 E. 2d). Dieses Vorgehen wird vom Versicherten auch nicht beanstandet. Für die Zeit ab 1. Dezember 2010 führt der Vergleich zwischen Validen- und Invalideneinkommen zu einer Lohneinbusse von Fr. 34'034.--, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 47 % ergibt. Somit hat der Versicherte ab 1. Dezember 2010 Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Beschwerde ist demgemäss teilweise gutzuheissen.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG in der Fassung seit 1. Juli 2006 ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Parteien in angemessenem Ausmass auferlegt.

Den Vorinstanzen werden in der Regel keine Verfahrenskosten auferlegt. Vorliegend obsiegt der Beschwerdeführer prozessual insofern teilweise, als ihm mit Wirkung vom 1. April 2010 bis 30. November 2010 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wird. In diesem Zusammenhang gilt es aber zu beachten, dass der Versicherte sowohl mit seinem in der Beschwerde gestellten Begehren als auch mit seinen Argumenten nicht durchgedrungen ist. Dass der Versicherte Anspruch auf eine vom 1. April 2010 bis 30. November 2010 befristete Invalidenrente hat, ist einzig und allein auf den Antrag der IV-Stelle auf teilweise Gutheissung der Beschwerde in ihrer Vernehmlassung zurückzuführen. Unter diesen Umständen kann nicht mehr von einem prozessualen Obsiegen gesprochen werden. Dem Beschwerdeführer werden damit Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- auferlegt und in diesem Umfang mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.

6.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da vorliegend der Beschwerdeführer nicht als obsiegende Partei zu betrachten ist, sind die ausserordentlichen Verfahrenskosten wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer vom 1. April 2010 bis 30. November 2010 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und ab 1. Dezember 2010 weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 24. April 2013 Beschwerde beim Bundesgericht ([Verfahren-Nr. 9C 295/2013](#)) erhoben.

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