



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. Oktober 2012 (720 11 96)

Invalidenversicherung

Zumutbare Verweistätigkeit, Beweiskraft polydisziplinärer Gutachten

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Michael Guex, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Matthias Aeberli, Advokat, Freie Strasse 82, Postfach, 4051 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1961 geborene A.____ ist gelernter Automechaniker und war zuletzt bis Ende November 2007 als Automechaniker bei der Garage B.____ in C.____ angestellt. Am 10. Dezember 2007 meldete er sich bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) unter Hinweis auf einen schweren Autounfall im Jahre 1984 zum Leistungsbezug an. Eine zunächst in die Wege geleitete berufliche Eingliederung wurde am 10. August 2009 beendet, da aufgrund psychischer Beeinträchtigungen keine Integrationsmassnahmen möglich waren. Nach Abklärung der gesund-

heitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle den Rentenanspruch des Versicherten nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 1. Februar 2011 ab.

B. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Dr. Matthias Aeberli, Advokat, am 3. März 2011 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 1. Februar 2011 sowie die Zusprache einer ganzen IV-Rente ab 1. März 2008. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass die medizinische Aktenlage widersprüchlich sei. Die IV-Stelle stütze sich auf das Gutachten des D.____ vom 13. September 2010, auf welches jedoch nicht abgestellt werden könne. So diagnostiziere der behandelnde Psychiater eine mittelgradige depressive Episode, die schon seit Jahren andauere und zu einer allmählichen Verschlechterung tendiere. Das D.____ gehe hingegen von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode aus. Hinzu trete, dass bei der Festsetzung des Invalideneinkommens zu Unrecht keinerlei leidensbedingter Abzug vorgenommen worden sei. Dieser müsse in Anbetracht der gesundheitlichen Beeinträchtigungen mindestens 20% betragen.

C. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 7. April 2011 auf Abweisung der Beschwerde. Gestützt auf die schlüssige Beurteilung des D.____ resultiere letztlich ein Renten ausschliessender IV-Grad von lediglich 33%.

D. Anlässlich der Urteilsberatung vom 21. Juli 2011 gelangte das Gericht zum Ergebnis, dass die dem Versicherten noch verbleibende Restarbeitsfähigkeit und das dabei zu beachtende Leistungsprofil näherer Prüfung bedürfen. Es beschloss daher, ein entsprechendes polydisziplinäres Gutachten beim E.____ in Auftrag zu geben. Nachdem beide Parteien sich sowohl mit dieser Begutachtung als auch mit dem vorgeschlagenen Fragenkatalog einverstanden erklärt hatten, erging am 12. August 2011 die Auftragserteilung durch das Gericht. Das Gerichtsgutachten datiert vom 31. Dezember 2011. Der Beschwerdeführer hielt mit Stellungnahme vom 31. Januar 2012 an seinem ursprünglichen Rechtsbegehren fest, wonach ihm ab Januar 2008 basierend auf einem IV-Grad von mindestens 70% eine ganze IV-Rente zuzusprechen sei. Die IV-Stelle ihrerseits hielt mit Schreiben vom 2. Februar 2012 unter Hinweis auf ihre Ausführungen in ihrer Vernehmlassung und in der angefochtenen Verfügung sowie gestützt auf eine Stellungnahme des RAD vom 27. Januar 2012 an der Abweisung der Beschwerde fest.

E. Anlässlich der zweiten Urteilsberatung gelangte das Gericht zur Auffassung, die strittige Angelegenheit erneut auszustellen. Dabei hielt es fest, dass in Bezug auf die dem Beschwerdeführer noch verbleibende Restarbeitsfähigkeit dem gerichtlichen Gutachten des E.____ vom 31. Dezember 2011 zu folgen sei, wonach eine den körperlichen und psychischen Beschwerden angepasste Verweistätigkeit noch zu 40% zuzumuten ist. Sodann wies es darauf hin, dass hinsichtlich der erwerblichen Verhältnisse in der angefochtenen Verfügung vom 1. Februar 2011 für die Bemessung des Valideneinkommens fälschlicherweise die nach Eintritt des Gesundheitsschadens ausbezahlten Krankentaggelder herangezogen worden seien. Damit resultiere auf der Basis einer verbleibenden Restarbeitsfähigkeit sowie nach Abzug eines angemessenen leidensbedingten Abzugs vom Invalideneinkommen eine Erwerbseinbusse, welche dem Beschwerdeführer Anspruch auf eine IV-Rente einräume. Nachdem das Wartejahr

aber bereits am 4. Januar 2007 zu laufen begonnen habe, besitze der Versicherte bereits ab Januar 2008 Anspruch auf eine IV-Rente. Kraft Rechtsanwendung von Amtes wegen stehe somit im Raum, dem Beschwerdeführer hinsichtlich des Rentenbeginns mehr zuzusprechen, als dieser verlangt habe.

F. Der Beschwerdeführer beantragte in seiner Stellungnahme vom 17. April 2012, es sei ihm den Erwägungen des Kantonsgerichts zufolge mit Wirkung ab 1. Januar 2008 eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Die IV-Stelle hielt in ihrer Stellungnahme vom 29. Juni 2012 dafür, dem Beschwerdeführer ab Januar 2008 eine Viertelsrente der IV zuzusprechen. Zur Begründung hielt sie im Wesentlichen fest, dass in der angefochtenen Verfügung für die Bemessung des Valideneinkommens fälschlicherweise die nach Eintritt des Gesundheitsschadens ausbezahlten Krankentaggelder herangezogen worden seien. Gestützt auf das Gutachten des D._____ vom 23. September 2010 sei der Versicherten hingegen für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten im Umfang von 70% leistungsfähig. Ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen sei nicht gerechtfertigt. Damit resultiere neu ein IV-Grad von 45%.

Auf die übrigen Vorbringen der Parteien ist - soweit notwendig - in den nachfolgenden Erwägungen - einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 i.V.m. Art. 69 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 kann gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stellen bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle innerhalb von 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Das Kantonsgericht ist deshalb gemäss § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 örtlich und sachlich zuständig. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

2.1 Am 1. Januar 2008 ist die Änderung des IVG vom 6. Oktober 2006 (5. IV-Revision) in Kraft getreten. In intertemporalrechtlicher Hinsicht sehen deren Schlussbestimmungen eine - im vorliegenden Fall nicht weiter interessierende - Sonderregelung betreffend die Besitzstandswahrung bei Taggeldern für laufende Eingliederungsmassnahmen vor. In Bezug auf den Rentenanspruch enthalten die Schlussbestimmungen dagegen keine übergangsrechtliche Sonderregelung. Für die Beurteilung der Frage, welches Recht bei der Beurteilung des Rentenanspruchs Anwendung findet, ist deshalb auf die allgemeinen Kriterien des intertemporalen Rechts abzustellen (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Danach gilt der Grundsatz, dass diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 130 V 253 E. 3.5 mit Hinweis).

2.2 Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat als weisungsberechtigte Aufsichtsbehörde gestützt auf Art. 64 und Art. 64a Abs. 1 lit. b IVG im Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 Weisungen zur 5. IV-Revision und zum Intertemporalrecht erlassen. Danach ist grundsätzlich dasjenige Recht anwendbar, welches bei Eintritt des Versicherungsfalles in Geltung stand. Ist der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten, so gilt demnach altes Recht und die versicherte Person kann sich noch innerhalb eines Jahres seit Eintritt des Versicherungsfalles ohne Einbusse an Rentenleistungen bei der IV anmelden (vgl. Art. 48 Abs. 2 IVG [in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung]). Tritt der Versicherungsfall hingegen ab 1. Januar 2008 oder später ein, so ist das neue Recht anwendbar. In diesem Fall entsteht der Rentenanspruch grundsätzlich erst sechs Monate nach Anmeldung bei der IV (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG [in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung]). Ausgenommen davon sind jedoch jene Fälle, in denen das Wartejahr noch vor dem 1. Januar 2008 zu laufen begann und im Jahr 2008 erfüllt wurde. Diesfalls ist die Rente abweichend von Art. 29 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung ab Ablauf des Wartejahres auszurichten. Auch wenn das Gericht an die Verwaltungsweisungen nicht gebunden ist, weicht es praxisgemäss nicht ohne triftigen Grund davon ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Damit wird dem Bestreben einer rechtsgleichen Gesetzesanwendung Rechnung getragen (vgl. BGE 133 V 587 E. 6.1). Das trifft auf die genannte Weisung des BSV zu.

2.3 Vorliegend ist der Beschwerdeführer nach der unbestritten gebliebenen und zutreffenden Feststellung der untersuchenden und begutachtenden Ärzte in seiner angestammten Tätigkeit seit 3. Januar 2007 vollständig arbeitsunfähig (vgl. Arbeitgeberfragebogen der Garage B._____ vom 17. Dezember 2007, IV Akt Nr. 3). Das Wartejahr für den Rentenanspruch begann somit am 3. Januar 2007 zu laufen und endete am 4. Januar 2008. Die Renten begründende Invalidität (Versicherungsfall Invalidenrente nach Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000 und Art. 4 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 28 ff. IVG; vgl. dazu nunmehr auch BGE 137 V 417 ff.) ist demnach nach dem 1. Januar 2008 eingetreten, weshalb der strittige Rentenanspruch grundsätzlich gemäss den ab 1. Januar 2008 geltenden, neuen Rechtsgrundlagen zu beurteilen ist. Hingegen hat das Wartejahr noch vor dem 1. Januar 2008 zu laufen begonnen. Die Auszahlung einer allenfalls geschuldeten IV-Rente hätte demnach in Abweichung dieses Grundsatzes bereits nach Ablauf des Wartejahres im Januar 2008 zu erfolgen.

3.1. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung 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. Invalidität im Sinne dieser Bestimmung ist die durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG).

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung 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 Vergleich 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).

3.3 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 4 Abs. 1 IVG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (vgl. BGE 102 V 165; AHI-Praxis 2001 S. 228 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades 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). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (vgl. BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere 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 (vgl. 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 (vgl. ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Inva-

liditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.3 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 relevanten 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 also entscheidend, ob der Bericht 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

4.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilung) 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 und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils 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). Wie das Bundesgericht unlängst präzisiert hat, sind in solchen Fällen jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit jener ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (vgl. Urteil des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte be-

handelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf deshalb nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5. Im Zentrum der divergierenden Standpunkte der Parteien stehen die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten und hier insbesondere das von der Verwaltung eingeholte polydisziplinäre Gutachten des D._____ vom 13. September 2010 einerseits und das gerichtliche Gutachten des E._____ vom 31. Dezember 2011 andererseits.

5.1 Mit Gutachten vom 13. September 2010 diagnostizierte die Ärzteschaft des D._____ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode sowie ein zervikozephalas Syndrom leichter Ausprägung ohne radikuläre Symptomatik bei Status nach einem wahrscheinlichen HWS-Distorsionstrauma im Jahre 1984. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine niederfrequente Migräne sowie ein fortgesetzter Nikotinkonsum zu diagnostizieren. In der Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass sich radiologisch nur leichtgradige degenerative Veränderungen finden liessen. Die angegebenen Beschwerden liessen sich mit den neurologischen Befunden nicht vollständig erklären, so dass der Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung bestehe, was psychiatrisch als somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden sei. Aus neurologischer Sicht sei der Explorand für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Leistungseinschränkung vollständig arbeitsfähig. Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten sollten vermieden werden, weshalb die Tätigkeit als Automechaniker in einzelnen Bereichen nicht mehr geeignet sei. Internistisch bestünden weitgehend unauffällige Befunde, so dass sich keine weitergehende Untersuchung aufdränge. Psychiatrisch sei eine depressive Symptomatik festgestellt worden, welche diagnostisch als leichte bis mittelgradige depressive Episode eingeordnet worden sei. Zusätzlich bestehe die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Symptome um 30% eingeschränkt. Zusammenfassend sei der Explorand für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit zu 70% ganztags arbeits- und leistungsfähig, wobei die angestammte Tätigkeit nicht mehr geeignet sei.

Der psychiatrischen Fachbeurteilung zufolge mache sich der Explorand Sorgen über seine Zukunft und leide unter Existenzängsten. Er versuche viel und habe viele Behandlungen und Therapien in Anspruch genommen. Heute aber habe er kaum mehr Hoffnung auf eine Besserung. Die psychosozialen und emotionalen Belastungen seien deutlich ausgeprägt und drückten sich im Sinne der Abwehr auch in den Schmerzen aus. Die ursprünglich somatisch ausgelösten Schmerzen hätten sich verselbständigt und ausgeweitet. Die psychosozialen Belastungen hätten zu depressiven Verstimmungen geführt. Gegenwärtig handle es um eine leichte bis mittelgradige depressive Episode. Bereits 2007 habe der Explorand an depressiven Verstimmungen gelitten, die damals zur Hospitalisation geführt hätten. Es sei deshalb von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Eine schwere psychische Störung bestehe nicht. Der Explorand sei nicht suizidal und leide nicht unter deutlichen Konzentrationsstörungen. Ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht ausgewiesen. Es bestünden zwar etwas auffällige, selbstunsichere bzw. vermeidende Persönlichkeitszüge. Dies aber reiche für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht aus. Gegen diese Diagnose spreche auch der Verlauf mit einer normalen Arbeitsfähigkeit noch vor der Erkrankung. Trotz der geklagten Beschwerden könne ihm aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer den körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 70% nachzugehen. Es bestehe ein deutlicher sozialer Rückzug, der aber auch dadurch bedingt sei, dass der Versicherte nicht mehr arbeite, anhaltend krank sei und deshalb nach seinem Gesundheitszustand gefragt werde, wonach er sich noch mehr beeinträchtigt fühle und sich erst recht zurück ziehe. Innerhalb der Familie bestehe aber eine gute Beziehungssituation; ein emotionaler Rückzug sei nicht ausgeprägt.

Gemäss neurologischer Fachbeurteilung stünden die Schmerzen und Depressionen im Vordergrund der Beschwerden. Die aktuelle Untersuchung ergebe lediglich ein leichtes Zervikalsyndrom. Der objektive Status sei völlig unauffällig. Kognitive Defizite seien keine zu erheben. Die Fülle und die Intensität der beklagten Beschwerden überstiegen den Rahmen eines Zervikalsyndroms, welches ohnehin als leicht einzuordnen sei. Es sei deshalb an eine zusätzliche Schmerzverarbeitungsstörung zu denken. Beim Vorliegen des Zervikalsyndroms könnten Tätigkeiten in Zwangshaltungen oder Überkopfarbeiten nicht oder nur eingeschränkt verrichtet werden. Hiervon seien zu einem kleineren Teil auch die Tätigkeiten als Automechaniker betroffen. Körperlich leichte bis stundenweise mittelschwere Tätigkeiten könnten ansonsten ganztätig verrichtet werden. Aus neurologischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%.

5.2 Mit polydisziplinärem Gutachten des E._____ vom 31. Dezember 2011 wurde beim Beschwerdeführer mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und Chronifizierungstendenz, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein Verdacht auf unsichere, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge, eine regelmässige Opioidaufnahme, eine Aktromioklavikulararthrose links und Rotatorenmanschettendegeneration mit Partialruptur der Subscapularissehne in der kranialen Hälfte, ein chronisches zervikovertebragenes bis -cephales Schmerzsyndrom, ein chronisches lumbales vertebrales Schmerzsyndrom sowie eine beginnende mediale Gonarthrose links diagnostiziert. Aktuell stünde aus orthopädischer und neurologischer Sicht die Einschätzung im Wesentlichen im Einklang mit den somatischen Vorberichten. Die Gesamtheit der Befunde mache die bisherige Tätigkeit als Automechaniker bleibend unmöglich. Für Verweistätigkeiten kön-

ne aus orthopädisch-neurologischer Sicht ein qualitatives Anforderungsprofil formuliert werden. Rein in Bezug auf das zumutbare Pensum sei aus somatischer Sicht keine relevante Einschränkung zu attestieren. Zentral für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit sei die psychiatrische Einschätzung. Diesbezüglich ergäben sich auch die grössten Diskrepanzen zu den bisherigen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass der Explorand aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur, insbesondere auch aufgrund seiner hohen Selbstansprüche, durch jahrelange körperliche Beschwerden zunehmend in eine depressive Krise geraten sei, die anfangs 2007 exazerbierte, so dass seine Coping-Fähigkeiten nicht mehr genügten. Bei jahrelangem Vorlauf der Depression sei zu vermuten, dass er viel zu lange versucht habe, ohne adäquaten Beizug einer Hilfe von aussen mit seinen Problemen fertig zu werden, was der Chronifizierung Vorschub geleistet habe. Aufgrund dieser Chronifizierung habe sich eine komplexe negative Interaktion mit sekundären psychosozialen Belastungen ergeben und es habe sich eine stark ambivalente Zukunftsaussicht etabliert, welche ein Verharren in der Depressivität gefördert habe. Die psychischen und somatischen Faktoren würden auf dem Hintergrund der Persönlichkeitsstruktur sehr ungünstig interagieren, indem sich der Explorand in eine hohe Inaktivität und in die Krankenrolle zurückziehe. Spätestens ab 2007 liege eine chronifizierte mittelgradige depressive Episode vor. Diese schwanke in ihrer Ausprägung, was dem natürlichen Verlauf entspreche. Unübersehbar sei jedoch eine Chronifizierungstendenz. Diese chronifizierte Depression interagiere negativ mit den somatisch teilweise begründbaren Beschwerden und führe zu einer Überbewertung derselben, ohne dass der Explorand in der Lage wäre, das überbewertete Schmerzerleben willentlich zu überwinden. Eine Verweistätigkeit sei aktuell zeitlich zu 40% möglich. Diese Einschränkung ergebe sich aufgrund der deutlich verminderten Belastbarkeit. Als leistungsmindernde Faktoren seien eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit, eine eingeschränkte Stresstoleranz, eine gedankliche Einengung durch die Schmerzen und sonstige negative Kognitionen mit resultierender Konzentrationsminderung und erhöhter Fehlerquote zu nennen. Innerhalb des Zeitrahmens seien aufgrund der somatischen Beschwerden zusätzlich qualitative Limiten zu berücksichtigen: Heben und Tragen nicht über 8 kg, keine Überkopfarbeiten, keine Tätigkeit in vornüber geneigter Haltung oder im Hocken und Knien, keine Zwangsdauerhaltungen. Möglich seien somit wechselbelastende, körperlich leichte Tätigkeiten. Aus rein psychiatrischer Sicht wäre eine den körperlichen Beschwerden angepasste, gut strukturierte, überschaubare Tätigkeit für rund drei Stunden möglich. Dabei sollte es sich um eine Tätigkeit handeln, bei der auf Zeitdruck und auf hohe Anforderungen, Konzentration und Durchhaltevermögen verzichtet werden kann. Diese Einschränkungen würden aus dem diagnostizierten depressiven Syndrom in Kombination mit der chronischen Schmerzstörung resultieren.

Der psychiatrischen Fachbegutachtung zufolge lägen beim Versicherten neben einer depressiven Grundstimmung ausgeprägte Schlafstörungen, Konzentrations-, Appetit- und Libidoverminderung, eine Antriebsminderung sowie intermittierend suizidale Gedanken vor. Zudem würden Insuffizienz- und Minderwertigkeitsgefühle sowie eine zeitweise auftretende Gereiztheit beschrieben. Zusammenfassend entspreche das klinische Bild einem depressiven Syndrom mittelgradiger Schwere, wobei aufgrund des langjährigen Bestehens mit zunehmender Verschlechterung von einer Chronifizierung auszugehen sei. Die in den Vorberichten zeitweise diagnostizierte rezidivierende depressive Störung könne nicht bestätigt werden, da hierfür ein Intervall von mindestens zwei Monaten ohne deutliche affektive Störung bestanden haben muss, was

jedoch nicht dokumentiert sei. Bei sorgfältiger Beleuchtung des authentisch wirkenden klinischen Bilds könne ein chronifiziertes, mittelgradiges depressives Syndrom ohne Hinweis auf eine rezidivierende Störung sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und physischen Faktoren beschrieben werden, die durch wahrscheinlich bereits vorbestehende Persönlichkeitszüge akzentuiert werden. Abschliessend könne konstatiert werden, dass der Explorand in seiner Belastbarkeit deutlich reduziert sei und eine Wiedereingliederung nur mit einer geringen Stundenzahl möglich sei. Aus rein psychiatrischer Sicht wäre eine den körperlichen Beschwerden angepasste, gut strukturierte, überschaubare Tätigkeit für rund drei Stunden möglich. Dabei sollte es sich um eine Tätigkeit handeln, bei der auf Zeitdruck und hohe Anforderungen, Konzentration und Durchhaltevermögen verzichtet werden sollte. Diese funktionellen Einschränkungen würden aus dem diagnostizierten depressiven Syndrom in Kombination mit der chronischen Schmerzstörung resultieren.

Dem neurologischen Fachgutachten ist in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden zu entnehmen, dass die zervikozepale Schmerzsymptomatik negativ mit der psychiatrischen Grundproblematik interferiere. Durch die beiden Beschwerdenkomplexe sowie die zusätzlich vorliegende Schulterproblematik komme es zu einer additiven bis supraadditiven Einschränkung.

5.3 Ergänzend ist auf folgende medizinische Unterlagen von Relevanz einzugehen:

5.3.1 Dem Untersuchungsbericht von Dr. F.____, FMH Neurologie, vom 21. Oktober 2004 zufolge seien in der Folge der 1984 erlittenen Frontalkollision kognitive Störungen, Müdigkeit und Schlafstörungen sowie Nacken- und Kopfschmerzen aufgetreten. Wegen multiplen degenerativen Gelenksveränderungen seien zudem beide Schultern operiert worden. In der klinischen Untersuchung habe ausser einer eingeschränkten HWS-Beweglichkeit bei Vorliegen eines Zervikalsyndroms keine spezielle Pathologie erhoben werden können. Der Patient klage vor allem über kognitive Störungen und über eine depressive Entwicklung mit Schlafstörungen.

5.3.2 Gemäss Bericht von Dr. G.____, FMH HNO, Gemeinschaftspraxis auf der Lyss, vom 26. August 2004 hätten keine pathologischen Befunde erhoben werden können. Den Angaben des Patienten zufolge sei die Schlafqualität deutlich beeinträchtigt.

5.3.3 Gemäss Bericht des Spitals H.____ vom 3. Juni 2006 habe der Versicherte das vorgegebene Pensum von zwei Stunden an vier Tagen pro Woche einhalten können. Dies sei auf seine pflichtbewusste Haltung und seine leistungsorientierte Persönlichkeit zurückzuführen. Die erbrachte Leistung sei nur unter grosser Willenskraft und dank der Bereitschaft, zusätzliche Schmerzen zu tolerieren, möglich gewesen. Prognostisch könne innert nützlicher Frist nicht von einer Steigerung des Pensums auf 50% ausgegangen werden.

5.3.4 Dem Rehabilitationsbericht der Klinik I.____ vom 30. April 2007 zufolge sei eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierenden depressiven Episoden zu diagnostizieren. Es bestehe seit Jahren eine progrediente depressive Symptomatik, welche durch chronische Schmerzen verstärkt werde. Zur aktuellen psychophysischen Dekompensation sei es durch

eine Kündigung des Mietverhältnisses sowie durch eine drohende Kündigung der Arbeitsstelle gekommen. Bei Eintritt hätten leichte Störungen der Konzentration, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses bestanden. Im Affekt habe sich der Versicherte deprimiert und insgesamt affektstarr gezeigt. Der Antrieb sei vermindert und gehemmt gewesen. Er habe über Schlafstörungen, eine Gewichtsabnahme sowie Appetit- und Verdauungsprobleme berichtet. Der Patient leide aktuell an einer mittelgradigen depressiven Episode mit erheblicher psychophysischer Erschöpfung. Im Verlaufe des stationären Aufenthalts hätten eine leichte Beruhigung sowie eine körperliche Kräftigung erreicht werden können.

5.3.5 Gemäss Abklärungsbericht der J.____ vom 5. Juli 2007 beklage der Patient trotz erfolgter Rehabilitation in der psychiatrischen Klinik I.____ weiterhin eine Lustlosigkeit. Er sei müde und leide an Schlafstörungen. Zu diagnostizieren sei eine rezidivierende depressive Störung aktuell mittelgradig. Subjektiv habe der Patient nach seinem Autounfall im Jahre 1984 kognitive Veränderungen sowie chronische Kopf- und Nackenschmerzen entwickelt. Obwohl er über viele Jahre an wiederkehrenden depressiven Zuständen gelitten habe, sei er erst im Juni 2005 bei den J.____ vorstellig geworden. Auffällig sei, dass seither kein wirksames Antidepressivum gefunden werden konnte.

5.3.6 Gemäss Schreiben der J.____ vom 24. August 2007 zu Händen der K.____ leide der Versicherte an einer depressiven Stimmungslage, verminderter Empfindung von Lust und Interesse, einer vermehrten Reizbarkeit, Schlafstörungen, einer Tagesmüdigkeit, subjektiv kognitiven Störungen sowie an chronischen Kopf- und Nackenschmerzen. Es sei eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig sowie ein Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge zu diagnostizieren.

5.3.7 Dem Bericht der J.____ vom 12. Dezember 2007 ist zu entnehmen, dass eine aktuell mittelgradige, rezidivierende depressive Störung sowie ein Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge zu diagnostizieren sei. Die Prognose sei ungewiss.

5.3.8 Gemäss Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der L.____ vom 16. Januar 2008 an die K.____ habe beim Versicherten im Behandlungszeitpunkt eine ausgeprägte, depressive Stimmungslage mit Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Grübelzwang und Erschöpfung bestanden. Es sei eine rezidivierende depressive Störung bei Somatisierungsstörung, aktuell mittelgradig, zu diagnostizieren.

5.3.9 Gemäss Arztbericht für Erwachsene der J.____ vom 16. Januar 2008 seien eine mindestens seit 2005 bestehende, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge zu diagnostizieren. Dem entsprechenden Beiblatt zu diesem Arztbericht ist zu entnehmen, dass die psychiatrische Erkrankung zu erheblichen psychischen Einschränkungen führe. Der Versicherte sei unter anderem in der Durchhaltefähigkeit, der Kontakt- und Gruppenfähigkeit sowie in der Umstellungsfähigkeit eingeschränkt. Die seit Jahren bestehenden multifaktoriellen Kopfschmerzen würden die Ressourcen beeinträchtigen.

5.3.10 Dem Austrittsbericht des ärztlichen Dienstes der L.____ vom 17. Januar 2008 ist zu entnehmen, dass der Versicherte im Zeitpunkt des Eintritts der stationären Hospitalisation vom 6. bis 21. Dezember 2007 recht angespannt und verzweifelt gewirkt habe. Anamnestisch sei er gelegentlich lebensmüde, den Gedanken sich etwas anzutun, habe er jedoch nie konkret gehabt. Bei der Aufnahme des Patienten habe sich ein verminderter Antrieb sowie psychomotorisch eine Angespannt- und Gereiztheit erheben lassen. Eine Suizidalität habe nicht bestanden. Zu diagnostizieren sei eine depressive Reaktion im Rahmen einer Somatisierungsstörung, eine Benzodiazepinabhängigkeit sowie eine Akzentuierung narzisstischer Persönlichkeitszüge. Der Austritt sei gegen den ärztlichen Rat erfolgt.

5.3.11 Dem Schreiben der J.____ vom 8. April 2008 an die K.____ zufolge sei insgesamt festzuhalten, dass es sich um ein chronifiziertes, mehrheitlich therapiefraktares psychiatrisches Krankheitsbild handle. Der psychopathologische Befund sei unverändert. Dessen Behandlung werde durch die akzentuierte Persönlichkeitsstruktur kompliziert, differenzialdiagnostisch müsse an eine Erkrankung aus dem somatoformen Spektrum gedacht werden. Verstärkend trete nach mittlerweile einjähriger Arbeitsunfähigkeit eine Dekonditionierung hinzu. Unter der Voraussetzung geeigneter integrativer Massnahmen sowie einer weiteren medizinischen Behandlung sollte eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit im Umfang von 50% realistisch sein.

5.3.12 Gemäss Abschluss- und Verlaufsbericht der J.____ vom 22. September 2008 habe sich während des Aufenthalts vom 29. Juni bis 25. September 2008 ein protrahierter Therapieverlauf gezeigt. Sämtliche eingesetzten Medikamente seien mehrheitlich wirkungslos gewesen oder hätten wegen Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen. Zusammenfassend sei der Patient weder medikamentös noch psychotherapeutisch zugänglich gewesen. Objektiv habe er oft schwingungsfähiger und weniger depressiv gewirkt, als es sich selbst subjektiv erlebt habe. Es handle sich um einen 47-jährigen Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig anhaltend mittelgradig depressiv. Seit Januar 2007 sei er arbeitsunfähig, wobei auch eine Dekonditionierung verstärkend hinzutrete. Die Behandlung werde durch akzentuierte Persönlichkeitszüge mit passiv-aggressiven und narzisstischen Anteilen erschwert.

5.3.13 Gemäss Abschluss- und Verlaufsbericht der J.____ vom 8. Dezember 2008 seien eine mittelgradige depressive Episode, ein Zustand nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma mit Langzeitfolgen im kognitiven Bereich sowie anhaltende muskuloskelettale Schmerzzustände zu diagnostizieren. Nach einer bisher 20-jährigen depressiven Entwicklung sei eine rasche Wiedereingliederung ins Berufsleben nicht zu erwarten.

5.3.14 Gemäss Arztbericht von Dr. M.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. August 2009 seien mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Entwicklung, ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom, verhaltenseurologische Beschwerden sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit selbstunsicheren Zügen zu diagnostizieren. Im Befund präsentiere sich der Patient mit einer chronischen, ängstlich gefärbten, depressiven Verstimmung mit Antriebslosigkeit, schneller Erschöpfbarkeit, Durchschlafstörungen und Konzentrationsproblemen. Die noch maximal zumutbare Arbeitsfähigkeit betrage zwei Stunden während

jeweils vier Tagen pro Woche. Dabei bestünden zusätzliche Leistungseinbussen in Form von Konzentrationsschwierigkeiten und Tagesschwankungen.

5.3.15 Dem Arztbericht von Dr. N.____, FMH Neurologie, vom 18. Februar 2010 zufolge leide der Versicherte seit Jahren unter Depressionen, Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, einer chronischen Müdigkeit und an einer mentalen Schwerfälligkeit mit kognitiver Leistungsminde- rung. Eine berufliche Eingliederung sei dabei bis auf weiteres nicht realisierbar. Es handle sich um eine chronische Schmerzkrankheit, wobei die psychiatrischen Faktoren ausschlaggebend seien.

5.3.16 Gemäss Arztbericht von Dr. O.____, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 19. Mai 2010 sei der Versicherte seit Januar 2007 sowohl in seinem Konzentrationsvermögen infolge Schmerzen und Depressionen als auch in seiner physischen und psychischen Belastbarkeit eingeschränkt. Wechselbelastende Tätigkeiten seien noch im Umfang bis zu zwei Stunden täglich möglich.

5.3.17 Der Stellungnahme von Dr. M.____ vom 8. Dezember 2010 zufolge leide der Versi- cherte entgegen der psychiatrischen Teilbegutachtung durch das D.____ eindeutig an einer mittelgradigen depressiven Episode, die mit Tendenz zu einer allmählichen Verschlechterung bereits jahrelang anhalte. Diese Verschlechterung lasse sich nicht nur durch die psychosoziale Belastung, sondern in erster Linie durch die permanenten chronischen Schmerzen erklären. Von den verschiedenen behandelnden Psychiatern werde der Grad der Depression überein- stimmend als mittelgradig festgehalten. Wie sich der Begriff der rezidivierenden Störung einge- schlichen habe, bleibe rätselhaft. Hierfür wären Remissionsphasen notwendig. Die Entwicklung sei jedoch von Beginn weg von einer steten Verschlechterung ohne Remission geprägt gewe- sen.

5.3.18 Gemäss Stellungnahme von Dr. P.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regio- nal-ärztlicher Dienst (RAD), vom 27. Januar 2012 liege beim Vergleich der beiden polydis- ziplinären Gutachten des D.____ und des E.____ zusammenfassend eine etwas abweichende Einschätzung des Schweregrads der Depression bei zugleich kaum differierenden psychopa- thologischen Befunden vor. Vor allem aber bestehe eine unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die beim E.____ stärker als beim D.____ von den gutachterlichen Empfehlun- gen von Prof. K. Foerster und Koautoren abweiche, wonach bei reaktiv bedingten, mittelgradi- gen Störungen in der Regel eine nicht mehr als 40%-ige Minderung der Erwerbsfähigkeit vor- handen sei.

6.1 Die IV-Stelle hat ihrer Verfügung vom 1. Februar 2011 die medizinischen Abklärungs- ergebnisse des D.____ vom 13. September 2010 zu Grunde gelegt und in ihrer Stellungnahme vom 29. Juni 2012 beantragt, an diesen im Verwaltungsverfahren eingeholten Erkenntnissen festzuhalten. Bereits in ihrer Stellungnahme vom 2. Februar 2012 hat sie sich unter Hinweis auf die Stellungnahme des RAD vom 27. Januar 2012 auf den Standpunkt gestellt, dass beim Ver- gleich der beiden massgebenden Gutachten des D.____ und des E.____ eine etwas abwei- chende Einschätzung des Schweregrads der Depression vorliege. Obschon sich die psychopa-

thologischen Befunde nur diskret unterscheiden würden, resultiere eine diskrepante Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit, die im Gutachten des E.____ stärker von der gutachterlichen Empfehlungen abweichen würde, wonach die Minderung der Erwerbsunfähigkeit bei einer reaktiv bedingten mittelgradigen depressiven Störung in der Regel nicht mehr als 40% betrage. Dieser Auffassung kann nicht beigespflichtet werden.

6.2 Das Gutachten des D.____ vermag bereits in diagnostischer Hinsicht nicht zu überzeugen. So ist der psychiatrischen Fachuntersuchung zu entnehmen, dass von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei, obschon der Explorand bereits seit dem Jahre 2007 an depressiven Verstimmungen gelitten habe. Die Annahme einer rezidivierenden Störung widerspricht indessen dem aktenkundigen Krankheitsverlauf, wonach die psychiatrische Entwicklung des Versicherten von Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit weg im Januar 2007 von einer steten Verschlechterung ohne ausgewiesene Remissionsphasen geprägt war. Gegen eine fluktuierend verlaufende Depression spricht insbesondere die mehrfach erhobene Chronifizierung der psychiatrischen Beschwerden, wie sie schon früh aus den Unterlagen der behandelnden Ärzte hervorgeht (vgl. insbesondere Schreiben der J.____ vom 8. April 2008 an die K.____). Wie der psychiatrischen Fachbegutachtung des E.____ zu entnehmen ist, erweist es sich daher als wenig überzeugend, wenn die Gutachter des D.____ von einer rezidivierenden Störung ausgehen, obschon im Krankheitsverlauf keinerlei Intervalle mit einer namhaften Remission dokumentiert sind (vgl. ebenso Stellungnahme von Dr. M.____ vom 8. Dezember 2010). Besonders auffallend ist zudem, dass das D.____ abgesehen von einer einzigen Ausnahme - auf welche sogleich einzugehen sein wird - mit seiner Diagnose einer lediglich leicht bis mittelschweren Depression allen übrigen ärztlichen Unterlagen widerspricht. Wie bereits der behandelnde Psychiater in seiner Stellungnahme vom 8. Dezember 2010 in Übereinstimmung mit den diagnostischen Schlussfolgerungen des E.____ festgehalten hat, gehen alle behandelnden Fachärzte von einer Depression ausschliesslich mittleren Grades aus. Zu verweisen ist hier insbesondere auf den Abschluss- und Verlaufsbericht der J.____ vom 22. September 2008, demzufolge eine anhaltend mittelgradige Depression vorliegt. Diese Diagnose wird durch die nachfolgenden, aber auch die zuvor erstellten Berichte bestätigt, wonach stets eine mittelgradige depressive Störung ausgewiesen wurde (vgl. Abklärungsbericht der J.____ vom 5. Juli 2007; Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der L.____ vom 16. Januar 2008). Diesen Berichten ist zu entnehmen, dass von einer erheblichen Erschöpfung bzw. von einer ausgeprägten, depressiven Stimmungslage auszugehen ist (vgl. Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der L.____ vom 16. Januar 2008; Rehabilitationsbericht der Klinik I.____ vom 30. April 2007). Nichts anderes ergibt sich aus dem Schreiben der J.____ vom 8. April 2008, demzufolge sich ein psychopathologisch unveränderter Befund präsentierte und es sich um ein chronifiziertes Krankheitsbild handle. Entgegen der von der IV-Stelle in ihrer Stellungnahme vom 2. Februar 2012 vertretenen Auffassung vermag daran auch der von ihr in diesem Zusammenhang zitierte Austrittsbericht des ärztlichen Dienstes der L.____ vom 17. Januar 2008 nichts zu ändern. In diesem Austrittsbericht wurde zwar lediglich eine depressive Reaktion im Rahmen einer Somatisierungsstörung diagnostiziert. Diese Diagnose widerspricht aber nicht nur der Diagnose in allen anderen Berichten, sondern insbesondere der ebenfalls vom ärztlichen Dienst der L.____ lediglich ein Tag zuvor diagnostizierten Schwere einer mittelgradigen Depression (vgl. Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der L.____ vom 16. Januar 2008 an die K.____). Schliesslich ist darauf hinzu-

weisen, dass selbst das D.____ davon ausgeht, dass die psychosozialen und emotionalen Belastungen deutlich ausgeprägt sind. Es muss daher sein Bewenden damit haben, dass das Gutachten des D.____ bereits auf diagnostischer Ebene nicht überzeugen kann und daher dem in dieser Hinsicht überzeugenderen Gutachten des E.____ vom 31. Dezember 2011 zu folgen ist.

6.3 Das Gutachten des D.____ vermag auch hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen auf die dem Versicherten noch verbleibende Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen. Mit Blick auf die zwischen den begutachteten Disziplinen interferierenden Wechselwirkungen nimmt das D.____ in seinem Gutachten vom 13. September 2010 keine schlüssige Gesamtbeurteilung vor. Dessen Gesamtbeurteilung entspricht letztlich einer lediglich knappen Zusammenfassung der Schlussfolgerungen in den einzelnen Disziplinen. Eigentliche Konsensualüberlegungen gehen daraus ebenso wenig hervor wie interdisziplinäre Schlussfolgerungen. Demgegenüber zeigt die nachvollziehbar ausgefallene Gesamtbeurteilung des E.____ auf, dass die zervikozepale Schmerzsymptomatik negativ mit der psychiatrischen Grundproblematik interferiere und es durch die beiden Beschwerdenkomplexe zu einer additiven bis supraadditiven Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit komme. Die entsprechende Begründung in der Gesamtbeurteilung des E.____, wonach die mittlerweile chronifizierte Depression negativ mit den somatisch teilweise begründbaren Beschwerden interagiere und deshalb zu einer Überbewertung derselben führt, deckt sich denn auch mit den übrigen medizinischen Akten. So kann dem Rehabilitationsbericht der Klinik I.____ vom 30. April 2007 entnommen werden, dass die progrediente depressive Symptomatik seit Jahren durch chronische Schmerzen verstärkt werde. Der Umstand, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers durch die interferierende Kombination seines depressiven Syndroms mit einer chronischen Schmerzstörung eine massgebende Verstärkung erfährt, wird zusätzlich durch den Umstand bestätigt, dass die Behandlung des Versicherten durch seine akzentuierten Persönlichkeitszüge erschwert und die seit Januar 2007 bestehende Arbeitsunfähigkeit durch die einhergehende Dekonditionierung verstärkt worden war (vgl. Abschluss- und Verlaufsbericht der J.____ vom 22. September 2008; ebenso Schreiben der J.____ vom 8. April 2008 an die K.____). Nichts anderes ergibt schliesslich auch die psychiatrische Fachbeurteilung des D.____, wonach sich die ursprünglich somatisch ausgelösten Schmerzen nicht nur verselbständigt, sondern mittlerweile auch ausgeweitet haben. Es erstaunt deshalb nicht, dass sich auch die quantitative Einschätzung der dem Versicherten noch verbleibenden Arbeitsfähigkeit durch das E.____ mit jener des behandelnden Psychiaters deckt, wonach der Versicherte im Umfang von lediglich noch zwei Stunden während jeweils vier Tagen pro Woche, entsprechend 40%, in einer Verweistätigkeit weiterhin arbeitsfähig ist (vgl. Arztbericht von Dr. M.____ vom 24. August 2009). Der vom D.____ vertretenen, gegenteiligen Einschätzung kann unter diesen Umständen nicht gefolgt werden. Daran vermag auch die Stellungnahme des RAD nichts zu ändern (vgl. Stellungnahme von Dr. P.____ vom 27. Januar 2012). Dessen Verweis auf allgemeine Empfehlungen geht von einer isolierten Betrachtungsweise der depressiven Störung des Versicherten aus und blendet die im Gutachten des E.____ vom 31. Dezember 2011 nachvollziehbar und schlüssig dargelegten Interferenzen vollständig aus. Bei der vom RAD zitierten Faustregel handelt es sich mithin eher um eine These als um eine umfassende Einschätzung der konkreten Situation.

6.4 Zusammenfassend ist daher gestützt auf die Einschätzung des E.____ davon auszugehen, dass dem Versicherten noch eine wechselbelastende, körperlich leichte Verweistätigkeit im Umfang von 40% zuzumuten ist. Als leistungsmindernde Faktoren sind eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit, eine eingeschränkte Stresstoleranz, eine gedankliche Einengung durch die Schmerzen und sonstige negative Kognitionen mit resultierender Konzentrationsminderung mit erhöhter Fehlerquote zu berücksichtigen, wie sie auch in den übrigen medizinischen Vorakten klar bestätigt werden (vgl. Bericht des Spitals H.____ vom 3. Juni 2006; Arztbericht der J.____ vom 16. Januar 2008). Innerhalb des noch zumutbaren Pensums von 40% sind aufgrund der somatischen Beschwerden zusätzlich folgende Limiten einzuhalten: Heben und Tragen nicht über 8 kg, keine Überkopfarbeiten, keine Tätigkeit in vornüber geneigter Haltung oder im Hocken und Knien und keine Zwangsdauerhaltungen. Wie nachfolgend aufzuzeigen ist (vgl. unten Erwägung 7), kann dabei offen bleiben, ob basierend auf einem Pensum von drei Stunden pro Tag lediglich von einer Restarbeitsfähigkeit von maximal 37,5% statt von 40% auszugehen ist.

6.5 Fraglich ist, inwieweit bei dem vorliegenden Krankheitsbild eine Arbeitsunfähigkeit als invalidisierend anzuerkennen ist. Zu prüfen bleibt deshalb, ob die überzeugende Einschätzung der dem Versicherten noch verbleibenden Arbeitsfähigkeit nach der mit BGE 130 V 352 begründeten Rechtsprechung Gültigkeit besitzt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass unter anderem die Fixierung des Versicherten auf seine geklagten Beschwerden zur Entwicklung und Verstärkung der psychiatrischen Erkrankung beigetragen hat (vgl. psychiatrische Fachbeurteilung im Gutachten des E.____ vom 31. Dezember 2011). Dies wirft die Frage auf, ob die mittelgradige depressive Episode als eigenständige Krankheit zu betrachten ist, oder ob darin nicht in erster Linie eine reaktive Begleitererkrankung zum Schmerzsyndrom der chronischen Schmerzstörung zu sehen ist. So ist darauf hinzuweisen, dass mittelgradige depressive Episoden oftmals eine von depressiven Verstimmungszuständen nicht klar unterscheidbare, andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens darstellen, die es der betroffenen Person verunmöglichen, die Folgen einer einhergehenden Schmerzstörung zu überwinden (vgl. SVR 2011 IV Nr. 57 S. 171). Eine rechtlich bedeutsame Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen ist daher dann zu bejahen, wenn weitere rechtsprechungsgemäss erforderliche, massgebende Kriterien gegeben sind (vgl. BGE 130 V 353 E. 2.2.3). Die ärztlichen Unterlagen bestätigen in diesem Zusammenhang jedoch das Vorliegen von Umständen, die im konkreten Fall die Verwertung einer über die Einschätzung des E.____ hinausgehenden Arbeitsleistung als unzumutbar erscheinen lassen. So liegt beim Beschwerdeführer entgegen der vom RAD vertretenen Meinung ein deutlicher sozialer Rückzug vor (vgl. psychiatrische Fachbeurteilung im D.____-Gutachten vom 13. September 2010). Ebenso bestehen seit Jahren chronische körperliche Begleiterkrankungen in Form eines zervikozephalen Schmerzsyndroms und in Form von Schulterbeschwerden. Die ärztlichen Unterlagen belegen offensichtlich auch unbefriedigende Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen. Sie zeigen auf, dass kein wirksames Antidepressivum gefunden werden konnte (vgl. Abklärungsbericht der J.____ vom 5. Juli 2007) und dass die Medikamente im Gegenteil mehrheitlich wirkungslos waren (vgl. Abschluss- und Verlaufsbericht der J.____ vom 22. September 2008). Ein protrahierter Therapieverlauf bzw. ein therapiefraktares Krankheitsbild sind deshalb ebenso klar ausgewiesen wie das Scheitern von Rehabilitationsmassnahmen (vgl. Schreiben der J.____

vom 8. April 2008; Abschluss- und Verlaufsbericht der J.____ vom 22. September 2008). Dass dem Versicherten dabei keine mangelnde Motivation oder fehlende Eigenanstrengung vorgeworfen werden kann, bestätigen schliesslich die beruflichen Massnahmen, welche trotz grosser Willenskraft und Bereitschaft, zusätzliche Schmerzen zu tolerieren, beendet werden mussten (vgl. Bericht des Spitals H.____ vom 3. Juni 2006). Damit aber ist erstellt, dass der Versicherte nicht in der Lage ist, sein Schmerzerleben willentlich zu überwinden (vgl. psychiatrische Fachbegutachtung im Gutachten des E.____ vom 31. Dezember 2011; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_482/2010 vom 21. September 2010, E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2012 vom 13. August 2012, 4.2). Daran vermag auch nichts zu ändern, dass der ärztlichen Einschätzung zufolge die Schmerzchronifizierung teilweise mit psychosozialen Belastungen interagiert (vgl. psychiatrische Fachbeurteilung im Gutachten des E.____ vom 31. Dezember 2011). Massgebend bleibt, dass die chronifizierte Depression in erster Linie vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten mit dessen somatisch begründbaren Beschwerden interferiert und infolge einer additiven Wirkung im Ergebnis deshalb zu einer nicht überwindbaren Überbewertung der erlebten Schmerzen führt (vgl. ebenso Stellungnahme von Dr. M.____ vom 8. Dezember 2010). Der rechtsprechungsgemäss nur ausnahmsweise invalidisierende Charakter der vom E.____ ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit ist deshalb zu bejahen.

7.1 Wie eingangs bereits ausgeführt (vgl. E. 4.1 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Art. 16 ATSG). Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel auf den letzten Lohn, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat, abzustellen ist (vgl. Urteil I. des EVG vom 26. November 2002, I 491/01, E. 2.3.1 mit zahlreichen Hinweisen).

7.2 In der angefochtenen Verfügung hat die IV-Stelle den Validenlohn fälschlicherweise anhand der nach Eintritt des Gesundheitsschadens ausbezahlten Krankentaggelder des Versicherten ermittelt. Dem massgebenden Arbeitgeberfragebogen der Garage B.____ vom 17. Dezember 2007 ist zu entnehmen, dass der Versicherte als Valider dazumal Fr. 70'265.-- verdient hätte, was einem Monatslohn von Fr. 5'405.-- und somit gerade nicht den auf der Basis von 80% ausbezahlten Krankentaggeldern entsprochen hat ($\text{Fr. } 5'405.-- \times 80\% = \text{Fr. } 4'324.--$). In ihrer Stellungnahme vom 29. Juni 2012 hat die IV-Stelle diesen Einwand als berechtigt anerkannt und sich der Auffassung des Gerichts angeschlossen, wonach dem Valideneinkommen ein Betrag von Fr. 70'265.-- zu Grunde zu legen sei. Dieser - mittlerweile übereinstimmenden - Betrachtungsweise der Parteien ist grundsätzlich beizupflichten. Da ein allfälliger Rentenanspruch des Versicherten ab 1. Januar 2008 zur Beurteilung steht (vgl. oben, Erwägung 2.3), sind dem Einkommensvergleich die in diesem Zeitpunkt gegebenen Einkommensverhältnisse zu Grunde zu legen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174). Das auf der Basis per 2007 beruhende Jahresgehalt von Fr. 70'265.-- ist daher der branchenspezifischen Nominallohnentwicklung per 2008 im Umfang von +2,2% (vgl. Nominallohnentwicklung 2008, Tabelle 1.93, S. 22, Wirtschaftszweig "Handel, Instandhaltung und Reparatur von Automobilen") anzugleichen. Damit

resultiert ein für den Einkommensvergleich massgebendes Valideneinkommen des Beschwerdeführers in der Höhe von Fr. 71'811.-- (70'265.-- x 1,022).

7.3.1 Da der Versicherte seit Eintritt des Gesundheitsschadens keine zumutbare, leidensangepasste Tätigkeit ausübt hat, hat die IV-Stelle das Invalideneinkommen richtigerweise unter Bezug der LSE-Tabellenlöhne ermittelt (vgl. dazu BGE 126 V 76 E. 3b/bb mit Hinweisen und 124 V 322 E. 3b/aa). Laut Tabelle TA1 der LSE 2008 belief sich der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Männer im privaten Sektor im Jahre 2008 auf Fr. 4'806.-- (LSE 2006, Privater Sektor, Tabelle TA1, Männer, Total Ziff. 01-93). Dabei ist zu beachten, dass dieser Tabellenlohn auf einer einheitlichen Arbeitszeit von 40 Wochenstunden beruht und für das Jahr 2008 auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft 9/2010 S. 98 Tabelle B 9.2) umzurechnen ist. Dies ergibt einen Monatslohn von Fr. 4'998.25 bzw. ein Jahresgehalt von Fr. 59'979.--. Da der Versicherte laut der massgebenden Einschätzung des E.____ (vgl. Erwägung 6.4 hiervor) in einer solchen Tätigkeit noch zu maximal 40 % arbeitsfähig ist, resultiert für ihn grundsätzlich ein Invalideneinkommen von Fr. 23'992.-- (Fr. 59'979.-- x 40 %).

7.3.2 Von diesem anhand der Tabellenlöhne der LSE erhobenen Invalideneinkommen sind 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 (vgl. BGE 126 V 80 E. 5b).

7.3.3 Wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 6.3 hiervor), ist der Versicherte seit Januar 2007 lediglich noch zu maximal 40 % arbeitsfähig. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung rechtfertigt der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitleich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, an sich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteil V. des Bundesgerichts vom 3. November 2011, 9C_582/2011, E. 3.1). Vorliegend hat die IV-Stelle dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung aber trotz lediglich teilzeitleich zumutbarer Restarbeitsfähigkeit keinen Abzug gewährt. Dadurch hat sie die konkreten Fallumstände nur unzureichend berücksichtigt. Der Versicherte ist nämlich gerade nicht im Rahmen eines Vollzeitpensums reduziert leistungsfähig (vgl. bereits Bericht des Spitals H.____ vom 3. Juni 2006). Die ihm noch verbleibende Restarbeitsfähigkeit von 40% führt vielmehr zu einer Lohnminderung infolge Teilzeitverrichtung (finanzielle Leistungsfähigkeit; vgl. Urteil des EVG vom 25. Juli 2005, U 420/04 mit Hinweisen). Gemäss LSE 2004, TA 6, Anforderungsprofil 4, Spalte Männer (S. 25), wirkte sich dieser Umstand alleine im Umfang von mindestens 10 % Lohn mindernd aus. Die Leistungsminderung des Versicherten ist sodann hauptsächlich durch seine psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen bedingt, welche auf eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit, eine eingeschränkte Stresstoleranz, eine gedankliche Einengung auf

seine Schmerzen und sonstige negative Kognitionen mit erhöhter Fehlerquote zurückgehen. Bei seinem auf 40% begrenzten Teilzeitpensum sind darüber hinaus aber zusätzliche qualitative Limiten aufgrund der somatischen Befunde zu beachten, wonach keine Gewichte über 8kg gehoben und getragen werden dürfen. Ausgeschlossen sind ebenfalls Überkopfarbeiten sowie Tätigkeiten in Vorneige, im Hocken oder im Knien. Vermieden werden müssen ebenfalls Zwangsdauerhaltungen. Es tritt hinzu, dass selbst bei derart den körperlichen Beschwerden angepasste Arbeiten aus psychiatrischer Sicht gut strukturiert und überschaubar sein müssen (vgl. Gutachten des E.____ vom 31. Dezember 2011, Ziffer 7.3 in fine, S. 28). Nichts anderes belegt letztlich auch die Einschätzung des behandelnden Psychiaters, wonach zusätzliche Leistungseinbusse in Form von Konzentrationsschwierigkeiten und Tagesschwankungen bestehen (vgl. Arztbericht von Dr. M.____ vom 24. August 2009). Stellensuchende mit einer solchen Häufung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die ihre Einsetzbarkeit einschränken, vermögen beruflich häufig aber nur dann Fuss zu fassen, wenn ein neuer Arbeitgeber sie zu einem für diesen günstigeren, das heisst tieferen Lohn einstellen kann (vgl. Urteil S. des EVG vom 5. September 2006, I 447/06, E. 3.2.2). Dieser Nachteil ist bei der Bemessung des Invalideneinkommens durch die Vornahme eines zusätzlichen leidensbedingten Abzuges auszugleichen. Die Vielzahl medizinisch zusätzlich ausgewiesener Einschränkungen rechtfertigt es deshalb, dem Beschwerdeführer einen Abzug vom Tabellenlohn von insgesamt 15 % zu gewähren.

7.4 Kürzt man den hiavor ermittelten Tabellenlohn von Fr. 23'992.-- um 15 %, so ergibt dies für den Beschwerdeführer ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 20'393.--. In Gegenüberstellung mit dem oben (vgl. E. 7.2. hiavor) ermittelten Valideneinkommen von Fr. 71'811.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 51'418.--, was einen Invaliditätsgrad des Versicherten von 71,6 %, bzw. gerundet von 72 % (vgl. zur Rundungspraxis: BGE 130 V 121 ff.) ergibt. Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

7.5 Zu prüfen bleibt, ob die IV-Stelle den Rentenbeginn in der angefochtenen Verfügung korrekt festgesetzt hat. Dies ist zu verneinen. Der Rentenanspruch setzt unter anderem voraus, dass die versicherte Person während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen ist (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Den in casu übereinstimmenden Unterlagen kann entnommen werden, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Automechaniker seit dem 3. Januar 2007 vollständig arbeitsunfähig gewesen ist (vgl. Arbeitgeberfragebogen der Garage B.____ vom 17. Dezember 2007, IV Akt Nr. 3; Gutachten des E.____ vom 31. Dezember 2011, Ziffer 7.4, S. 28). Das gesetzlich vorgesehene Wartejahr hat damit am 3. Januar 2007 zu laufen begonnen und ist im Januar 2008 abgelaufen (vgl. Arbeitgeberfragebogen der Garage B.____ vom 17. Dezember 2007, IV Akt Nr. 3). Unbeachtlich der Bestimmung von Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach der Rentenanspruch (nach neuem Recht) frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs am 10. Dezember 2007 entstehen kann, hat die Auszahlung der geschuldeten IV-Rente ausnahmsweise nach Ablauf des Wartejahres zu erfolgen, falls das Wartejahr noch vor dem 1. Januar 2008 zu laufen begonnen hat (vgl. oben Erwägung 2.3; Rundschreiben des BSV Nr. 253 vom 12. Dezember 2007). Schliesslich ist auf Art. 29 Abs. 3 IVG hinzuweisen, der festhält, dass die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt wird, in dem der Rentenanspruch entsteht. Vorliegend ist der Rentenanspruch zwar erst im Januar 2008 entstanden. Der Versi-

cherte hat sich hingegen bereits am 10. Dezember 2007 bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet. Es ist ihm somit die ganze IV-Rente bereits mit Wirkung ab 1. Januar 2008 zuzusprechen.

8. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 1. Februar 2011 aufzuheben und festzustellen ist, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2008 Anspruch auf eine ganze IV-Rente besitzt. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt; gegenüber den Vorinstanzen bzw. den kantonalen Behörden werden indes grundsätzlich keine Verfahrenskosten erhoben. Da vorliegend die Vorinstanz unterlegen ist, ist auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten. Die Aufwendungen für die gerichtliche Begutachtung durch das E._____ sind demgegenüber der IV-Stelle aufzuerlegen. So sind gemäss Art. 78 Abs. 3 IVV die Kosten von Abklärungsmassnahmen von der IV-Stelle dann zu tragen, soweit sie für die Zusprechung von Leistungen unerlässlich waren (vgl. BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2). Diese Voraussetzung ist vorliegend gegeben, nachdem das Gericht mit Beschluss vom 21. Juli 2011 zum Schluss gekommen war, dass eine abschliessende Beurteilung gestützt auf die bis zu jenem Zeitpunkt vorgelegene Aktenlage nicht möglich war und insbesondere die Frage eines allfälligen Zusammenspiels der somatischen und psychischen Störungen des Versicherten näherer Prüfung bedurft hat. Die Bemühungen des E._____ für das polydisziplinäre Gerichtsgutachten belaufen sich gemäss Honorarrechnung vom 31. Dezember 2011 auf Fr. 9'000.--, welche die IV-Stelle somit zu tragen hat.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Sein Rechtsvertreter hat in seiner aktualisierten Honorarnote vom 19. Juli 2012 einen Zeitaufwand von insgesamt 14,28 Stunden sowie Auslagen von Fr. 269.-- ausgewiesen, was umfangmässig nicht zu beanstanden ist. Seine Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Damit ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'146.10 (14.28 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 269.-- zuzüglich 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2008 eine ganze IV-Rente zugesprochen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung in der Höhe von Fr. 9'000.-- werden der IV-Stelle auferlegt.
 4. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'146.10 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) auszurichten.

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