



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 17. Oktober 2013 (720 13 65)

Invalidenversicherung

Festlegung der massgebenden Arbeitsfähigkeit bei leichten Depressionen im Grenzbereich zu mittelschweren Depressionen

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Michael Guex, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

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

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1962 geborene A.____ erlitt am 27. Februar 2003 einen Auffahrunfall, als ein Automobilist in das hinter seinem Fahrzeug stehende Auto auffuhr und dieses ins Heck seines Fahrzeugs schob. Unmittelbar nach dem Unfall verspürte der Versicherte Schmerzen im Hals- und Rückenbereich. Knapp vier Monate später wurde der Versicherte erneut Opfer einer Auffahrkollision, in deren Folge er Nackenschmerzen verspürte. Vom 29. Oktober bis 10. Dezember 2003 weilte er in der Klinik B.____. Danach persistierten die Beschwerden, so dass der Arbeitgeber

des Versicherten dessen Arbeitsverhältnis per 31. Oktober 2004 kündigte. Mit Verfügung vom 14. August 2006 stellte die SUVA ihre Versicherungsleistungen per 31. August 2006 ein. Eine hiergegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 14. Januar 2008 ab. Die gegen diesen Einspracheentscheid erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 18. Juli 2008 ab.

B. Bereits am 15. März 2004 hatte sich der Versicherte bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Hinweis auf Schulterbeschwerden links, Rückenleiden, psychischem Leiden und Folgen nach zwei Verkehrsunfällen zum Leistungsbezug angemeldet. Mit Verfügung vom 19. Juni 2006 hatte die IV-Stelle dem Versicherten in der Folge eine volle befristete Rente von Oktober 2003 bis März 2004 zugesprochen und dabei festgestellt, dass der Versicherte gestützt auf das dazumal massgebende Gutachten des Instituts C.____ ab Januar 2004 für körperlich leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig sei. Für die Zeit ab April 2004 verneinte sie deshalb einen Rentenanspruch. Auf Beschwerde des Versicherten hin stellte das Kantonsgericht mit Beschluss vom 18. Juli 2008 fest, dass dem Versicherten von verschiedenen Ärzten bereits für die Zeit vor dem 1. Oktober 2003 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert worden war, so dass die befristete volle Rente nicht nachvollziehbar sei. In der Folge wurde das Verfahren ausgestellt und dem Versicherten die Möglichkeit eingeräumt, seine Beschwerde mit Blick auf eine drohende reformatio in peius zurückzuziehen. Nachdem der Versicherte seine Beschwerde am 22. Oktober 2008 zurückgezogen hatte, wurde das Verfahren mit Beschluss des Kantonsgerichts vom 23. Oktober 2008 als erledigt abgeschlossen.

C. Mit Gesuch vom 22. Februar 2011 meldete sich der Versicherte unter Hinweis von Depressionen seit 2006 erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse, insbesondere nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens beim D.____ vom 17. Mai 2012, sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 11. Februar 2013 bei einem IV-Grad von 40% ab 1. September 2011 eine Viertelsrente der IV zu.

D. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Dr. Alex Hediger, Advokat, am 6. März 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht und beantragte, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung basierend auf einem IV-Grad von mindestens 70% ab 1. September 2011 eine ganze IV-Rente auszurichten. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass das D.____-Gutachten in psychiatrischer Hinsicht den übrigen ärztlichen Beurteilungen widerspreche und deshalb nicht beweiskräftig sei. So gehe es von einer lediglich leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode und einer Arbeitsunfähigkeit von 30% aus, während alle anderen psychiatrischen Beurteilungen eine mittelgradige Depression diagnostizieren würden. Er habe schon dreimal stationär in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden müssen, und der behandelnde Psychiater habe ihm stets eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% attestiert. Darauf sei abzustellen. Im Weiteren habe die IV-Stelle zu Unrecht keinen leistungsbedingten Abzug beim Invalideneinkommen zugestanden. Wegen des fortgeschrittenen Alters, der fehlenden Ausbildung sowie der Beschränkung des Anforderungsprofils auf leichte

bis mittelschwere Tätigkeiten sei ein leidensbedingter Abzug von 25% gerechtfertigt. Damit aber resultiere ein IV-Grad von 70% und damit ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

E. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 7. Mai 2013 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege mit seinem Rechtsvertreter bewilligt. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 3. Mai 2013 auf Abweisung der Beschwerde. Die vom Beschwerdeführer zitierten übrigen ärztlichen Unterlagen hätten den Gutachtern des D.____ alle zur Verfügung gestanden und seien zwar kommentiert, im Ergebnis aber nicht übernommen worden. Das D.____-Gutachten sei deshalb massgebend. Selbst mit einem leidensbedingten Abzug von 10% bliebe der Rentenanspruch auf eine Viertelsrente unverändert.

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

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bilden die Verfügungen der IV-Stelle vom 11. Februar 2013, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2013 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. nach 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. Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG).

2.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung] bzw. Art. 28a Abs. 1 IVG [in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung]). Danach ist der Invalidi-

tätsgrad 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).

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: René Schaffhauser/Franz 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 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 (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des EVG mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gut-

achten Richtlinien für die Beweismwürdigung 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 Beweismwürdigung 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 (Urteile des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

3.4 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 zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Bei der Abschätzung des Beweismwerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweismwürdigung sind allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht zu vergessen. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf 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 vom Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und vom Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2013, 8C_733/2012, E. 3.2 mit Hinweisen).

4. Für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung dem Beschwerdeführer noch zugemutet werden kann, liegen diverse medizinische Berichte in den Akten, welche vom Gericht allesamt gewürdigt wurden. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang zunächst, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des ersten IV-Verfahrens bereits zweimal vom C.____ polydisziplinär begutachtet worden ist.

4.1 Im Gutachten vom 27. September 2005 diagnostizierte die Ärzteschaft des C.____ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein leicht bis höchstens mässig ausgeprägtes, leicht linksbetontes zervikozephalisches Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik nach Auffahrkollision, ferner ein persistierender Schulterschmerz links nach Arthroskopie mit Akromioplastik und Verdacht auf ein geringgradiges subakromiales Rest-Impingement. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei ein höchstens leicht ausgeprägtes, chronisches Lumbovertebralsyndrom mit diskreter radikulärer Ausfallsymptomatik und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Aus psychiatrischer und internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus orthopädischer und neurologischer Sicht liege weiterhin eine uneinge-

schränkte Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position, ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule oder des Kopfes und ohne Überkopfbewegungen der Arme. In der angestammten Tätigkeit als E.____ bestehe seit Ende Oktober 2002 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

4.2 Im zweiten Gutachten des C.____ vom 31. Januar 2007 diagnostizierten die Gutachter mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit neu auch das Lumbovertebralsyndrom, welches im ersten C.____-Gutachten noch als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bewertet worden war. Ferner wurde neu auch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichter Form, diagnostiziert, wobei im Dezember 2006 eine mittelgradige Depression mit Tablettenintoxikation in suizidalen Absicht am 19. Dezember 2006 vorgelegen habe. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde dem Versicherten aufgrund der Verschlechterung der psychiatrischen Symptomatik eine Verweistätigkeit bei ganztägiger Präsenz und einer Leistungsbeinbusse lediglich noch im Umfang von 80% zugemutet. Gestützt auf dieses Gutachten hatte die IV-Stelle in der Folge unter Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10% gestützt auf einen IV-Grad von 38% das Leistungsbegehren des Versicherten abgewiesen.

4.3 Nachdem der Versicherte im Februar 2011 eine Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes geltend gemacht hatte, steht im Zentrum der divergierenden Standpunkte nunmehr insbesondere das Gutachten des D.____ vom 17. Mai 2012, welches die IV-Stelle zur erneuten Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse in Auftrag gegeben hat. Darin wird mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes zervikozephalies Schmerzsyndrom nach zweimaliger Heckauffahrkollision bei beginnender Osteochondrose C6/7 und Chroniose C5/6 diagnostiziert. Ferner bestehe eine chronische Periarthropathia der Schultern rechtsbetont bei Zustand nach Acromioplastik links mit möglichem persistierendem Impingement-Syndrom. Schliesslich sei eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichter bis mittelgradiger Ausprägung zu diagnostizieren. Die Arbeitsfähigkeit aus rein somatischer Sicht habe sich aufgrund der objektivierbaren Befunde gegenüber den verschiedenen Vorbegutachtungen nicht wesentlich verändert. Dem Versicherten sei aufgrund der Schulter- und HWS-Problematik sowie der subjektiven Schwindelgefühle weiterhin die angestammte Tätigkeit als E.____ nicht mehr zumutbar. Von Seiten des Bewegungsapparates seien ihm hingegen körperlich leichte und mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Arbeiten über Kopf, ohne Zwangshaltungen der HWS, ohne länger andauernde Arbeiten auf Schulterhöhe, ohne Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten und ohne Heben von Lasten über 20kg bis Taillenhöhe bzw. 10kg bis Schulterhöhe vollschichtig zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht stehe die depressive Symptomatik im Vordergrund. Die Stimmung des Versicherten sei mehrheitlich gedrückt und hintergründig intermittierend subaggressiv. In der Hamilton-Depressionsskala erreiche er 19 Punkte, was gerade noch einer leichtgradigen Depression entspreche, da man ab 20 Punkten von einer mittelgradigen Depression spreche. Inzwischen habe sich eine Chronifizierung eingestellt. Seit der letzten Begutachtung im Jahre 2007 schwanke die depressive Störung im Längsschnitt zwischen einem leichten und mittelgradigen Ausmass. Damit liege eine leichte Verschlechterung des psychischen Zustandsbilds vor. Nicht mehr erfüllt seien hingegen die diagnostischen Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, da in Bezug auf die Schmerzen kein Leidensdruck mehr spürbar sei und die Schmerzen nur noch bei konkreter Nachfrage erwähnt würden. Inse-

samt sei aus psychiatrischer Sicht aufgrund der Tagesmüdigkeit wegen den Schlafstörungen von einer Arbeitsunfähigkeit von 30% auszugehen, so dass der Versicherte an einem Achtstundentag noch eine Leistung von 70% erbringen könne. Aus gesamtmedizinischer Sicht bestünde eine Arbeitsfähigkeit von 70% in einer wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit dem umschriebenen Arbeitsprofil.

4.4 Hervorzuheben sind schliesslich zwei neuere Berichte der behandelnden Ärzte der F.____ vom 30. Dezember 2011 und vom 16. März 2012. In beiden Berichten diagnostizierten die Ärzte der F.____ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte, rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung sowie psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen und ein chronisch zerviko-zephalas sowie lumbovertebrales Schmerzsyndrom. Bei nun bereits mehr als fünf- bzw. sechsjährigem Verlauf der depressiven Erkrankung habe trotz teils intensiver therapeutischer Bemühungen und ausgebauter antidepressiver Medikation eine Stabilisierung auf lediglich niedrigem Niveau erreicht werden können. Es müsse von einer gewissen Chronifizierung der depressiven Symptomatik in mittelgradiger Ausprägung ausgegangen werden. Der Versicherte zeige durchgängig eine depressive Stimmung und beschreibe einen verminderten Antrieb und einen Verlust von Interesse und Freude an Aktivitäten. Es bestünden ein Verlust des Selbstwertgefühls, eine Verminderung der Konzentration und phasenweise wiederkehrende Gedanken an den Tod bzw. Suizid. Wie aus den Begutachtungsergebnissen des C.____ vom 3. Januar 2007 hervorgehe, sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Gerüstbauer vollständig arbeitsunfähig. Aufgrund des langjährigen chronifizierten Verlaufs müsse nunmehr auch bezüglich einer leichten bis intermittierend mittelschweren Verweistätigkeit von einer mindestens hälftigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden.

5.1 In der angefochtenen Verfügung stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse des D.____-Gutachtens vom 17. Mai 2012. Sie ging demzufolge davon aus, dass es dem Beschwerdeführer zumutbar sei, weiterhin eine körperlich leichte bis mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeit ohne Arbeit über Kopf, ohne Zwangshaltungen der Halswirbelsäule, ohne länger dauernde Arbeiten auf Schulterhöhe, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie ohne Heben und Tragen von Lasten über 20 kg bis Taillenhöhe bzw. 10 kg bis Schulterhöhe, ganztags mit einer Leistungsminderung von 30% auszuüben. Diese Beurteilung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.3 hiervor), 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 Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Die Gutachter des D.____ haben den Versicherten eingehend untersucht. Sie gehen in ihrem ausführlichen Gutachten vom 17. Mai 2012 einlässlich auf dessen Beschwerden ein, setzen sich sowohl mit seiner gesundheitlichen Entwicklung als auch mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und vermitteln so ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Die Fachuntersuchungen der D.____-Experten erfolgten umfassend und multidisziplinär. Dar-

über hinaus nehmen die Gutachter aufgrund einer interdisziplinären Konsensbesprechung eine nachvollziehbare Gesamtbeurteilung sowie eine schlüssige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor und gelangen zum nachvollziehbaren Ergebnis, dass der Versicherte in einer entsprechend seinen Leiden angepassten leichten bis mittelschweren und wechselbelastenden Verweistätigkeit weiterhin im Umfang von 70% arbeitsfähig ist. Als Zwischenergebnis lässt sich deshalb festhalten, dass das D.____-Gutachten vom 17. Mai 2012 in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und begründete Schlussfolgerungen enthält.

5.2 An diesem Ergebnis vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Er lässt ausführen, dass die behandelnden Ärzte von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgingen, welche sich im Umfang von mindestens 50% auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde. Allein der Umstand, dass in den Jahren 2006 bis 2011 insgesamt drei Mal eine stationäre Behandlung über längere Zeit erfolgt sei, und seit 2008 eine sehr engmaschige ambulante Behandlung und Betreuung bei der F.____ bestehe, zeige auf, dass die psychischen Probleme wesentlich grösser seien als dies von den Gutachtern der D.____ angenommen worden sei. Entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers stehen die von ihm vorgebrachten Berichte der behandelnden Ärzte insbesondere der F.____ jedoch nicht im Widerspruch zum Gutachten der D.____. So spricht der behandelnde Arzt der F.____ nicht etwa von einer Verschlechterung, sondern vielmehr von einer Stabilisierung der psychiatrischen Verfassung. Allerdings verbleibt insofern eine unterschiedliche Einschätzung der gesundheitlichen Verhältnisse gegenüber den Gutachtern der D.____, als die F.____ von einer konstant mittelgradigen Depression ausgehen. Für den Umstand, dass die Depression in ihrem Schweregrad wechselnd ist, spricht allerdings die Tatsache, dass sich die psychiatrische Erkrankung des Versicherten nach den stationären Aufenthalten stets zurückgebildet hat. So diagnostizieren die Berichte der G.____ jeweils nur bei Klinikeintritt eine mittelgradige depressive Episode, die bei Austritt jedoch regelmässig entweder weitgehend oder gar vollständig remittiert war (vgl. Arztbericht der G.____ vom 9. Januar 2010 sowie vom 28. Januar 2011). Zudem ist in prognostischer Hinsicht insbesondere dem Bericht der G.____ vom 28. Januar 2011 zu entnehmen, dass sich gegen Ende des Aufenthalts eine anhaltend stabile und aufgehellte Stimmungsaufhellung eingestellt hat. Diese Tatsachen sprechen klarerweise gegen eine beständig mittelgradige Depression. Nichts desto trotz ist aufgrund der vorhandenen Aktenlage aber auch ersichtlich, dass der Versicherte ausserhalb eines strukturierenden Klinikrahmens - entgegen der noch vor 2007 vom C.____ wiedergegebenen Situation - wiederholt dekompenziert ist (vgl. Arztbericht der G.____ vom 28. Januar 2011). Mithin kann weder von einer durchwegs leichten noch mittelschweren Depression ausgegangen werden. Nachdem das C.____ anlässlich der Zweitbegutachtung im Jahre 2007 grundsätzlich noch eine rezidivierende leichte depressive Störung diagnostiziert hatte, ist aktuell in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Gutachter der D.____ im Längsverlauf vielmehr von einer gewissen Verschlechterung infolge Chronifizierung hin zu einer rezidivierend leichten bis mittelschweren Depression auszugehen. Hierfür spricht geradezu der Umstand, dass sich die Depression des Versicherten im Zeitpunkt der Exploration durch das D.____ - wenn auch knapp – gerade noch auf dem Niveau einer leichten Depression bewegt hat (vgl. D.____-Gutachten vom 17. Mai 2012, S. 35, ad Hamilton-Depressionsskala). Im Übrigen haben die Gutachter des D.____ der Tatsache, dass die Depression phasenweise auch in

mittelschwerer Ausprägung vorhanden ist, bei der Zumutbarkeitsbeurteilung insofern Rechnung getragen, dass eine Leistungsbeeinträchtigung aus psychiatrischen Gründen von insgesamt 30% attestiert wird (vgl. D.____-Gutachten vom 17. Mai 2012, S. 44). In diesem Zusammenhang ist schliesslich festzuhalten, dass auch mittelgradige depressive Episoden rechtsprechungsgemäss grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens darstellen (Urteil 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 mit Hinweisen). Mithin ist davon auszugehen, dass sich die psychiatrischen Verhältnisse des Beschwerdeführers im Verlauf der letzten Jahre nicht derart verschlechtert haben, dass alleine aus psychischen Gründen auf eine aktuell lediglich noch hälftige Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit des Versicherten geschlossen werden könnte. Entgegen des vorgebrachten Einwands spricht hierfür letztlich auch der Umstand, dass der behandelnde Psychiater der F.____ in seinem Bericht vom 10. Februar 2011 von einer tieferen Arbeitsunfähigkeit im Umfang von lediglich 40 bis 50% ausgegangen ist (vgl. Schreiben der F.____ vom 10. Februar 2011 zu Händen der früheren Rechtsvertreterin des Versicherten, IV-Dok 103). Daran vermag auch nichts zu ändern, dass der behandelnde Arzt der F.____ in seinen nachfolgenden Berichten vom 30. Dezember 2011 und 16. März 2012 von einer mindestens 50%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgeht, da der Bericht vom 10. Februar 2011 sowohl den schon länger andauernden Verlauf der psychischen Erkrankung als auch die mittlerweile eingetretene Chronifizierung bereits mitberücksichtigt. Im Vergleich zur Begutachtung durch das C.____ im Jahre 2007 ist der mittlerweile eingetretenen Chronifizierung mit einer lediglich um 10% erhöhten Leistungsminderung somit nachvollziehbar Rechnung getragen (vgl. D.____-Gutachten vom 17. Mai 2012, S. 46). Die vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Berichte der behandelnden Ärzte der F.____ vermögen die in dieser Hinsicht schlüssigen Ergebnisse des D.____ mithin nicht umzustossen.

5.3 Damit resultiert, dass das fragliche D.____-Gutachten die gesundheitlichen Verhältnisse des Versicherten zutreffend wiedergegeben hat und eine zuverlässige Beurteilung der ihm noch verbleibenden Arbeitsfähigkeit zulässt. Darauf ist abzustellen und es kann auf zusätzliche medizinische Abklärungen verzichtet werden. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

6. Erleidet der Versicherte bei dieser Sachlage eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 30% (vgl. E. 5.1 f. hievor), und sind das - zwischen den Parteien zu Recht unbestritten gebliebene - Valideneinkommen mit Fr. 71'794.-- und das ebenfalls unstrittige Invalideneinkommen auf der Basis des Anforderungsniveaus 4 der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Jahres 2010 mit Fr. 42'815.-- (Tabelle TA1, Privater Sektor, 12 x monatlich Fr. 4'901.-- x 40 / 41,6 Wochenarbeitsstunden x 70%) zu bemessen, kann die Frage des Einkommensvergleichs letztlich

offen gelassen werden. Bei einer medizinisch bedingten Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 30% ist nicht entscheidungsrelevant, wie hoch der IV-Grad ausfällt, da der Anspruch auf eine halbe IV-Rente mangels Erreichens des massgebenden Schwellenwerts gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG so oder anders abzulehnen ist. Daran ändert auch nichts, dass über die ärztliche Bemessung der massgebenden Leistungsfähigkeit hinaus zusätzlichen Einschränkungen - wie einem verminderten Rendement wegen verlangsamter Arbeitsweise oder zusätzlichen körperlichen Behinderungen - mit einem leidensbedingten Abzug Rechnung zu tragen ist. So rechtfertigt nach der Rechtsprechung der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, an sich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteile 8C_827/2009 vom 26. April 2010 E. 4.2.1, 9C_980/2008 vom 4. März 2009 E. 3.1.2, 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 4.3.3, 9C_344/2008 vom 5. Juni 2008 E. 4 und I 69/07 vom 2. November 2007 E. 5.1; vgl. aber auch SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87, 9C_708/2009 E. 2.5). Selbst wenn abweichend davon vorliegend ein Abzug vorgenommen würde, ergäbe sich daraus nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers. Ein solcher Abzug könnte maximal 10 % betragen, was zwar zu einem höheren Invaliditätsgrad von 46%, gleichwohl aber nicht zu einem Anspruch auf eine halbe IV-Rente führte. Namentlich gilt es zu beachten, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen dürfen. Mit einer ausgewiesenen Leistungseinschränkung im Umfang von 30% aus ausschliesslich psychiatrischen Gründen bei leichten bis mittelschweren Tätigkeiten sind die im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Leiden im Zusammenhang stehenden Einschränkungen grundsätzlich bereits alle berücksichtigt. So hält das D.____-Gutachten vom 17. Mai 2012 fest, dass eine Verweistätigkeit im Rahmen einer Ganztagespräsenz im Umfang einer 30%-igen Leistungsminderung absolviert werden könne. Kann die attestierte Leistungseinschränkung bei einem Vollzeitpensum mithin zum Einlegen von Pausen oder für ein verlangsamtes Arbeitstempo genutzt werden, darf sie mit Blick auf den leidensbedingten Abzug aber nicht additiv berücksichtigt werden. Eine weitergehende Anrechnung der gesundheitlichen Leiden des Beschwerdeführers mittels eines leidensbedingten Abzugs über 10% hinaus käme deshalb einer unzulässigen Berücksichtigung derselben Einschränkung gleich. Ebenso wenig vermögen allfällige weitere Kriterien einen Abzug vom statistischen Tabellenlohn im Umfang von mehr als 10% zu begründen. So führt insbesondere auch der Verlust der Möglichkeit zur Verrichtung von Schwerarbeit nicht zu einem zusätzlichen Abzug (Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2009, 9C_492/2008, E. 3.3). Art und Ausmass der leidensbedingten Einschränkungen vermögen bei dem 1962 geborenen Versicherten, der mit einer Leistungseinschränkung von 30% letztlich noch vollzeitlich tätig sein kann, auch keinen leidensbedingten Abzug infolge Teilzeitverrichtung zu begründen (vgl. die nach dem Beschäftigungsgrad differenzierende Tabelle T2* in der LSE 06 S. 16 sowie Urteile 9C_721/2010 vom 15. November 2010 E. 4.2.2.2 und 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.6). Bei einem IV-Grad jedenfalls unter 50% hat die Vorinstanz den Rentenanspruch des Versicherten somit zu Recht auf eine Viertelsrente festgelegt. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis abzuweisen.

7. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden nach dem Verfah-

rensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu überbinden sind. Dem Versicherten ist allerdings mit Verfügung vom 7. Mai 2013 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. Dem Prozessausgang entsprechend sind die Parteikosten sodann wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 7. Mai 2013 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, wird diesem für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu einem praxisgemässen Honoraransatz von Fr. 180.-- pro Stunde entschädigt (vgl. § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 28. Mai 2013 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11,34 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen umfangmässig als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 280.50. Dem Rechtsvertreter ist demzufolge ein Honorar in der Höhe von insgesamt Fr. 2'507.45 (11,34 Stunden à Fr. 180.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 280.50 und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. Der Beschwerdeführer wird allerdings ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet werden kann, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'507.45 (inkl. Auslagen und 8% MwSt.) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.