



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. September 2017 (720 17 145 / 241)

Invalidenversicherung

Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente aufgrund verschiedener Begutachtungen der versicherten Person während rund 11 Jahren; Prüfung der Standardindikatoren im Sinne von BGE 141 V 281

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch André Baur, Advokat,
Greifengasse 1, Postfach 1644, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1972 geborene A.____ arbeitete von Dezember 2000 bis Juni 2002 als Betriebsmitarbeiter bei der B.____ in X.____. Am 27. Oktober 2003 meldete er sich unter Hinweis auf Kopf-, Schulter-, Arm-, Bein- und Rückenschmerzen sowie Müdigkeit bei der Eidgenössischen

Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und beruflichen Verhältnisse ermittelte die IV-Stelle Basel-Landschaft in Anwendung der allgemeinen Bemessungsmethode einen Invaliditätsgrad von 0 %. Nach durchgeführtem Vorbescheidsverfahren lehnte sie mit Verfügung vom 25. Juli 2005 einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab. Die dagegen erhobene Einsprache wies die IV-Stelle mit Entscheid vom 3. Juli 2006 ab, erkannte jedoch in Abweichung von der angefochtenen Verfügung einen Invaliditätsgrad von 37,6 % an. Gegen diese Verfügung reichte der Versicherte durch seinen damaligen Rechtsvertreter Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ein. Dieses hiess die Beschwerde mit Urteil vom 19. Januar 2007 (720 06 218) in dem Sinne gut, als es die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückwies. In den Erwägungen stellte es im Wesentlichen fest, dass die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. November 2004 nicht schlüssig genug sei, um darauf abstellen zu können.

B. In der Folge ordnete die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten bei der D.____ an. Dieser wurde dort internistisch, orthopädisch und psychiatrisch untersucht. In ihrem Gutachten vom 19. November 2007 konnten die Experten der D.____ keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Aufgrund der neuen MRI-Bilder vom Juni 2008 beauftragte die IV-Stelle die D.____ mit einem orthopädischen Verlaufsgutachten. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 2. Februar 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 27. März 2009 mit, dass er bei einem Invaliditätsgrad von 6 % keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe.

C. Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte durch seinen damaligen Rechtsvertreter mit Verweis auf Berichte der behandelnden Ärzte Einwände. Zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts ordnete die IV-Stelle erneut eine polydisziplinäre Begutachtung bei der D.____ mit den Fachdisziplinen Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie an. Nach Eingang des Gutachtens vom 19. März 2012 stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 28. Oktober 2013 die Abweisung des Leistungsbegehrens aufgrund eines rentenausschliessenden Invaliditätsgrades von 35 % in Aussicht. Dagegen reichte der damalige Vertreter namens und im Auftrag des Versicherten Einwände ein.

D. Gestützt auf die Stellungnahmen des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 29. Mai 2015 und 12. Juni 2015 beauftragte die IV-Stelle die D.____ mit einer weiteren Verlaufsbeurteilung in den Disziplinen Psychiatrie und Orthopädie. Nach Vorliegen des bidisziplinären Gutachtens der D.____ vom 20. Oktober 2015 lehnte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidsverfahren mit Verfügung vom 29. März 2017 einen Leistungsanspruch des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 35 % ab.

E. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Advokat André Baur, am 18. Mai 2017 Beschwerde ans Kantonsgericht, mit dem Antrag, es sei dem Versicherten rückwirkend ab 1. August 2003 mindestens eine Dreiviertelsrente auszurichten. Zudem seien

die Leistungen ab 1. August 2005 mit 5 % p.a. zu verzinsen. Eventualiter sei die Sachlage aus medizinischer Sicht mit einem Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Medizin, Orthopädie, Rheumatologie und Psychiatrie gerichtlich abzuklären; alles unter o/e-Kostenfolge. Zudem sei dem Versicherten die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen. In der Beschwerdebegründung machte er verschiedene formelle Gründe geltend, weshalb das Gutachten der D.____ vom 20. Oktober 2015 beweisrechtlich nicht verwertet werden könne. In inhaltlicher Hinsicht erfüllten sämtliche Beurteilungen nicht die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten. Aufgrund der Berichte der behandelnden Fachärzte stehe fest, dass der Versicherte seit August 2003 zu mindestens 50 % wesentlich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Im Zusammenhang mit dem Einkommensvergleich sei unter Berücksichtigung des 13. Monatslohnes und zusätzlicher Entschädigungen von einem massgebenden Valideneinkommen von Fr. 57'472.-- anstelle von Fr. 54'988.-- auszugehen. Zudem sei aufgrund der Schmerzproblematik, des eingeschränkten Pensums und des Aufenthaltsstatus des Versicherten als Niedergelassener ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen. Daraus resultiere ein Invaliditätsgrad von 62 %, weshalb der Versicherte Anspruch auf eine Dreiviertelsrente habe.

F. Mit Verfügung vom 23. Mai 2017 bewilligte das Kantonsgericht dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung.

G. Am 30. Mai 2017 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter den Bericht der Kliniken F.____ vom 29. Mai 2017 einreichen. Gleichzeitig beantragte er in Ergänzung der bereits gestellten Rechtsbegehren, es sei die IV-Stelle zu verpflichten, die Kosten für den Bericht der F.____ in Höhe von Fr. 40.-- zu übernehmen.

H. In ihrer Vernehmlassung vom 29. Juni 2017 schloss die IV-Stelle mit Verweis auf die Stellungnahme ihres RAD-Arztes Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Juni 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

I. Mit Replik vom 3. August 2017 machte der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter geltend, dass der Psychiater der D.____, Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, entgegen den Vorbringen der IV-Stelle in seinem Gutachten vom 20. Oktober 2015 die bundesgerichtlichen Standardindikatoren nur unvollständig geprüft oder diese nicht begründet habe.

J. Die IV-Stelle hielt in ihrer Duplik vom 11. August 2017 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden

Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 15. Dezember 2016 ist demnach einzutreten.

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

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

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

2.4 Zu beachten ist sodann, dass das Bundesgericht im Leiterteil BGE 141 V 281 ff. seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 140 V 13 f. E. 2.2.1.3) revidierte. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann danach weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Auch künftig wird der Rentenanspruch - in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) - anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht eine medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes trägt das Bundesgericht der seit längerem namentlich aus medizinischer, aber auch aus juristischer Sicht an der bisherigen Schmerzrechtsprechung geäusserten Kritik Rechnung und hält an der Überwindbarkeitsvermutung nicht weiter fest. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

2.5 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den genannten Gesundheitsschäden beachtlichen Standardindikatoren systematisierte das Bundesgericht wie folgt: Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel "Gesundheitsschädigung". Darunter sind die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und die Komorbiditäten zu würdigen. Im zweiten, die "Persönlichkeit" betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt, und es sind die persönlichen Ressourcen des Versicherten zu eruieren. Im dritten Indikatoren-Komplex schliesslich ist unter dem Titel "Sozialer Kontext" eine Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds vorzunehmen. Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die "Konsistenz" zu prüfen. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien wie die Indikatoren einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und eines behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 296 ff. E. 4).

2.6 Zwar hatten die Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahingehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und - in der Folge - Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt.

Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und damit vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität nur begründen, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 308 E. 6).

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

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

3.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 9. August 2000, I 437/99, E. 4b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hin-

blick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt 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. 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 vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

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

4.1. Die IV-Stelle stützte sich bei der Ablehnung des Rentenanspruchs auf die Gutachten von Dr. C.____, vom 20. November 2004, von Dr. med. I.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie FMH Rheumatologie, vom 13. Mai 2005 und 2. Juni 2005, den Gutachten der D.____ vom 15. Januar 2008, 2. Februar 2009, 20. April 2012 und 20. Oktober 2015 und der orthopädischen Stellungnahme der D.____ vom 14. Oktober 2008.

4.2.1 Dr. C.____ diagnostizierte in seinem Fachgutachten vom 20. November 2004 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Fehlentwicklung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit möglichen psychotischen Symptomen und eine beginnende Schmerzfehlerverarbeitung mit Ausweitungstendenz und deutlicher unspezifischer Angstsymptomatik der Symptomverarbeitung im Sinne einer unspezifischen Angst. In seiner Beurteilung führte er aus, dass beim Versicherten ein buntes Bild an Psychopathologien zu beobachten sei. Dieses sei am ehesten in den depressiven Formenkreis einzureihen. Aufgrund seiner einfachen Strukturierung bestehe eine deutliche Schmerzfehlerverarbeitung sowie eine Angstsymptomatik. Aus psychiatrischer Sicht seien dem Exploranden deutlich mehr Anstrengungen für seine berufliche Rehabilitation zuzumuten, als er aufzeige. Trotzdem müsse eine Verminderung der Belastbarkeit, des

Durchhaltevermögens, der Daueraufmerksamkeitsfähigkeit, der Teamfähigkeit und der Flexibilität angenommen werden. Er sei sicher in seiner kognitiven Leistungsfähigkeit durch seine psychisch emotionalen Instabilitäten beeinträchtigt und könne kein volles Rendement mehr erbringen. Aus psychiatrischer Sicht sei er zu 6 Stunden täglich in einer Tätigkeit arbeitsfähig, welche den genannten Einschränkungen Rechnung trage.

4.2.2 In seinem Gutachten vom 13. Mai 2005 diagnostizierte Dr. I.____ ein lumbospondylogenes Syndrom links betont mit Kettentendinosen im linken Bein sowie eine Schmerzausweitungstendenz mit einer rein funktionellen und unspezifischen Schmerzsymptomatik im Schultergürtelbereich und in beiden Armen. An den unteren Extremitäten zeigten sich mässige ischialgieforme Schmerzen links, welche am ehesten einer lumbospondylogenen Schmerzsymptomatik entsprechen. Aus rheumatologischer Sicht sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig, wobei das Heben von Bleiobjekten über 20 kg aus gebückter Stellung vermieden werden sollte. Auch repetitive Tätigkeiten mit Belastung der Lendenwirbelsäule (LWS) seien ungünstig. Für alternative Tätigkeiten (wie z.B. als Lagerist, Magaziner, Regalauffüller oder das Bedienen von Reinigungsmaschinen) bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Mit Schreiben vom 2. Juni 2005 führte Dr. I.____ im Rahmen einer Gesamtbeurteilung an, dass aus somatischer Sicht die von Dr. C.____ attestierte Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden täglich als "Startpensum" betrachtet werden müsse. Es sei kaum anzunehmen, dass eine Dauerarbeitsfähigkeit von lediglich 6 Stunden gemeint sei. Die Arbeitsfähigkeit sollte deshalb innerhalb von drei bis vier Wochen auf 8,5 Stunden täglich gesteigert werden können.

4.2.3 Das Kantonsgericht setzte sich mit den Gutachten von Dr. C.____ und Dr. I.____ in seinem Urteil vom 19. Januar 2007 auseinander. Dabei kam es zum Schluss, dass die IV-Stelle zu Recht auf die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. I.____, wonach in einer leidensangepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, abgestellt habe. Hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung von Dr. C.____ sah das Kantonsgericht eine gewisse Unsicherheit in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Es gehe daraus nicht klar hervor, ob über die von ihm festgestellte Arbeitsfähigkeit von 6 Stunden täglich noch eine weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe (vgl. E. 5.2 des erwähnten Urteils). Entgegen der Ansicht des Versicherten beanstandete das Kantonsgericht das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ somit nicht in grundsätzlicher Hinsicht, sondern lediglich die Zumutbarkeitsbeurteilung. Es besteht daher kein Anlass, der Beurteilung von Dr. C.____ jeglichen Beweiswert abzuspochen.

4.3 Aufgrund dieses kantonsgerichtlichen Urteils erteilte die IV-Stelle der D.____ den Auftrag für ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 19. November 2007 erstattet wurde. Dr. med. J.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. E.____ konnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten stellen. In orthopädischer Hinsicht sei zu berücksichtigen, dass der Versicherte jegliche Arbeiten in wechselnder Position ausüben könne, sofern er keine Gewichte über 20 kg tragen und langdauernde Zwangshaltungen einnehmen müsse.

4.4 Nachdem der Versicherte neue MRI-Bilder vom 9. Juni 2008 eingereicht hatte, nahm Dr. E.____ am 14. Oktober 2008 dazu Stellung. Auf den MRI-Bildern sei neu eine breitbasige

Diskusprotrusion L4/5 festzustellen, die in Kontakt mit der Nervenwurzel L5 links stehe. Ob diese die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflusse, könne ohne erneute klinische Untersuchung nicht zuverlässig beurteilt werden. In der Folge beauftragte die IV-Stelle die D.____ mit einer orthopädischen Begutachtung. In seinem Verlaufsgutachten vom 2. Februar 2009 stellte Dr. E.____ keine orthopädischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Das Gangbild sei unauffällig und hinkfrei, lediglich der Kauergang führe nach einigen Schritten zu einer lumbalen Schmerzangabe. Beim Rumpf zeige sich eine etwas verminderte Inklination, die im Wesentlichen auf eine Verkürzung der paravertebralen und insbesondere der ischiokruralen Muskulatur zurückzuführen sei. An den unteren Extremitäten werde nur bei endgradiger Beugung ein lumbaler Rückenschmerz angegeben. Die oberen Extremitäten seien frei beweglich. Auf neurologischer Ebene ergäben sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems. Die bildgebend objektivierbare Diskusprotrusion L4/5, die intraspinal in Kontakt zur Nervenwurzel L5 stehe, komprimiere diese nicht. Es sei unwahrscheinlich, dass diese geringe Pathologie eine namhafte klinische Relevanz habe. Die geklagten Beschwerden passten auch nicht zu einer radikulären Kompressionsproblematik. Damit seien die klinischen Befunde identisch wie vor einem Jahr. Er halte deshalb daran fest, dass für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position und ohne langdauernden Zwangshaltungen oder Tragen von Gewichten über 20 kg eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe.

4.5.1 Gegen den Vorbescheid vom 27. März 2009 erhob der Versicherte durch seinen damaligen Rechtsvertreter am 29. April 2009 Einwände und machte unter Verweis auf verschiedene ärztliche Berichte geltend, dass sowohl psychische als auch somatische Beeinträchtigungen vorlägen, welche seine Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten. In der Folge gab die IV-Stelle erneut ein polydisziplinäres Verlaufsgutachten bei der D.____ in Auftrag. Im Gutachten vom 19. März 2012 kam Dr. H.____ zum Schluss, dass keine psychiatrischen Diagnosen gestellt werden könnten, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Die leichte depressive Episode und die Schmerzverarbeitungsstörung wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Der Versicherte leide nicht unter Konzentrationsstörungen und sei nicht suizidal. Hinweise auf unbewusste Konflikte beständen nicht. Es seien auch keine deutlichen auffälligen Persönlichkeitszüge erkennbar.

4.5.2 In orthopädischer Hinsicht untersuchte Dr. med. K.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, den Versicherten. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom fest. Die chronischen Nacken-Schulter-Arm-Hand-Beschwerden, der Status nach Exostosenabtragung am Rückfuss beidseits und der massive Verdacht auf Schmerzausweitung hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der Untersuchung demonstrierte der Versicherte eine massive Bewegungseinschränkung thorakolumbal und weniger auch zervikal. An den oberen und unteren Extremitäten liege eine freie Beweglichkeit vor, lediglich die linke Hüfte sei bei Gegenspannung endgradig vermindert. Auf radiologischer Ebene beständen regelrechte Verhältnisse an der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule ohne Hinweis für eine Komplikation nach Einsetzen einer Bandscheibenprothese L4/5 im Jahr 2010. Die geklagten sehr diffusen Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde kaum erklären. Eine

verminderte Belastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule sei jedoch nachvollziehbar. Klare Hinweise für eine nicht-organische Beschwerdekomponekte seien die deutlichen Inkonsistenzen, das fehlende Ansprechen auf zahlreiche lokale Infiltrationen, auf den operativen Bandscheibenersatz, auf die wiederholten konservativen Therapiemassnahmen, die langdauernde körperliche Schonung und der erhebliche Analgetikakonsum. Für die Ausübung einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit unter Wechselbelastung bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das häufige Bücken sowie wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 20 kg sollten dabei vermieden werden. Seit dem letzten Gutachten der D._____ sei es zu keiner wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Lediglich nach dem am 4. August 2010 durchgeführten Wirbelsäuleneingriff könne für längstens 4 Monate eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestiert werden.

4.5.3 Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre oder medulläre Beteiligung bei Zustand nach Bandscheibenarthroplastik L4/5. Bei der Untersuchung sei der neurologische Status unauffällig gewesen. Die Angabe der Sensibilitätsstörung sei nicht auf ein Segment begrenzt und im engeren Sinn radikulär nicht erklärbar, auch wenn die Wurzel S1 empfindlich sei. Diese Wurzel sei jedoch nicht relevant geschädigt. Aufgrund der Beeinträchtigungen, welche seit der Arthroplastik vom August 2010 beständen, könne der Versicherte keine körperlich schweren Arbeiten und Tätigkeiten in Zwangshaltungen mehr ausführen. Für leichte und mittelschwere Arbeiten bestehe dagegen eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit.

4.5.4 Gemäss Dr. med. M._____, FMH Innere Medizin, sei dem Versicherten aufgrund des Asthmas bronchiale lediglich für körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Im Vergleich zum letzten Gutachten vom 2. Februar 2009 habe sich der Zustand dahingehend verändert, dass nebst der Schmerzstörung nun auch eine leichte depressive Symptomatik bestehe, welche aber die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusse. In somatischer Hinsicht habe sich keine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben.

4.6.1 Nachdem der Versicherte Einwände gegen den Vorbescheid vom 13. August 2014 erhoben hatte und damit die Beweistauglichkeit des Gutachtens der D._____ vom 19. März 2012 beanstandete, folgte eine weitere Begutachtung des Versicherten bei der D._____. Im Gutachten vom 20. Oktober 2015 diagnostizierte der Psychiater Dr. H._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die objektiven Befunde zeigten eine deutliche depressive Verstimmung mit Unzufriedenheit, eine leichte psychomotorische Unruhe, eine Antriebshemmung, einen sozialen Rückzug und eine erhöhte Ermüdbarkeit. Diese Symptomatik entspreche einer leichten depressiven Episode. Die chronische Schmerzstörung sei durch deutliche und ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat gekennzeichnet, deren Ausmass mit den somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne. Zudem lägen psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren vor, die mittlerweile zugenommen hätten. Aufgrund dieser Leiden bestehe aus psychiatrischer Sicht seit der Untersuchung vom 16. September 2015 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, die in einem ganztägigen Pensum mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen realisierbar sei.

4.6.2 Der Orthopäde Dr. K._____ hielt als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit weiterhin ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom fest. Seit dem Gutachten der D._____ vom 19. März 2012 sei es zu keiner Veränderung in der Arbeitsfähigkeit gekommen, weshalb er an seiner bisherigen Zumutbarkeitsbeurteilung festhalte.

4.6.3 In der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, dass der Versicherte seit September 2015 sowohl in der angestammten als auch in einer alternativen körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei.

5.1 In Würdigung der zahlreichen durch die IV-Stelle über rund 11 Jahre veranlassten Begutachtungen des Versicherten in mehreren Disziplinen ist festzustellen, dass die Gutachten der D._____ vom 19. November 2007, 2. Februar 2009, 19. März 2012 und 20. Oktober 2015 den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entsprechen. So sind sie für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend und geben Auskunft über die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Die Gutachten basieren auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen, namentlich in internistischer, orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht. Den Gutachtern lagen die Akten zur Verfügung, in welchen die relevanten medizinischen Berichte enthalten waren. Sie berücksichtigten die geklagten Beschwerden, setzten sich mit diesen auseinander und begründeten die verbleibende Arbeitsfähigkeit einlässlich unter dem Hinweis auf eine Beurteilung aufgrund objektiver Kriterien. Die Gutachten leuchten ferner in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind denn auch die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten fundiert und nachvollziehbar. Zudem sind keine Widersprüche in den vier Verlaufsgutachten der D._____ zu finden. Die Gutachten zeigen deutlich auf, dass in somatischer Hinsicht ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom im Vordergrund steht. Aus psychiatrischer Sicht liegen eine Somatisierungsstörung bzw. Schmerzstörung und eine leichte depressive Störung vor. Bei der ersten Begutachtung durch die D._____ im Jahr 2007 hatten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen nur insofern Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, als der Versicherte keine schweren Arbeiten mit Tragen von Gewichten über 20 kg und in langandauernden Zwangshaltungen mehr ausüben konnte. Da seine angestammte Tätigkeit als Mitarbeiter in der Batterieproduktion als körperlich wenig belastende Tätigkeit angesehen wurde, bestand hierfür eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, sofern keine Gewichte über 20 kg gehoben oder getragen werden mussten. Im Laufe der Jahre verschlechterte sich der psychische Gesundheitszustand. Gemäss dem zuletzt erstellten Gutachten vom 20. Oktober 2015 beeinflussen unterdessen die bisher diagnostizierten psychischen Leiden die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Dem Versicherten ist es nun nur noch zumutbar, eine körperlich leichte bis mittelschwere leidensangepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % auszuüben. Entgegen der Ansicht des Versicherten setzten sich die Gutachter mit allen abweichenden medizinischen Einschätzungen auseinander und begründeten die abweichende Beurteilung nachvollziehbar. Insbesondere berücksichtigte Dr. H._____ auf Seite 26 f. auch den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. N._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Juni 2015. Dieser hielt dort fest, dass der Versicherte aufgrund des beim Verkehrsunfall vom April 2014 erlittenen Schleudertraumas massiv in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Wie Dr. H._____ zu Recht feststellte, verwies Dr. N._____ für die Begründung

seiner Einschätzung auf die somatischen Beurteilungen. Da sein Fachgebiet in der Psychiatrie liegt, kann auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden.

5.2 Die weiteren Einwände des Beschwerdeführers gegen die Beweistauglichkeit der Gutachten der D.____ sind ebenfalls nicht stichhaltig. In formeller Hinsicht macht der Versicherte geltend, dass auf das polydisziplinäre Gutachten der D.____ vom 19. März 2012 nicht abgestellt werden könne, da dieses nicht auf einer zufallsbasierten Auftragsvergabe gemäss Art. 72^{bis} der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 bzw. den dafür wegweisenden Entscheid des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011 (BGE 137 V 210) erfolgt sei. Dieser Einwand ist nicht überzeugend. Bei der Beurteilung der D.____ vom 19. März 2012 handelt es sich um ein Verlaufsgutachten, hatten die Gutachter doch zu beurteilen, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit den letzten beiden Untersuchungen eingetreten war. Die Auftragsvergabe von polydisziplinären Verlaufsgutachten hat nicht zwingend über die SuisseMED@P-Plattform zu geschehen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2011, 9C_1032/2010, E. 4.1 und vom 27. September 2012, 8C_446/2012, E. 3.2). So entschied auch das Kantonsgericht in seinem Urteil vom 16. Mai 2013 (720 13 28; bestätigt in seinem Urteil vom 15. September 2017 [720 17 154]), dass im Abklärungsverfahren angeordnete polydisziplinäre Verlaufsgutachten zur Beurteilung der Veränderung des Gesundheitszustandes nicht unbedingt nach dem Vergabesystem nach Zufallsprinzip angeordnet werden müssen.

5.3 Weiter beanstandet der Versicherte das Gutachten der D.____ vom 20. Oktober 2015 dahingehend, dass anstelle der angekündigten monodisziplinären (Psychiatrie) eine bidisziplinäre Begutachtung vorgenommen worden sei. Dieses Vorgehen verletze die in BGE 137 V 210 aufgestellten Grundsätze zur Einholung von medizinischen Gutachten. Aus diesem Einwand kann der Versicherte nichts zu seinen Gunsten ableiten. Eine zusätzliche orthopädische Begutachtung wurde gemäss Schreiben vom 4. Juni 2015 vom Versicherten beantragt. Am 12. Juni 2015 informierte die IV-Stelle den Versicherten, dass sie die D.____ mit einer psychiatrischen Begutachtung beauftragt habe und es ihr überlasse zu entscheiden, ob eine orthopädische Untersuchung erforderlich sei. Mit Schreiben vom 24. Juni 2015 teilte die D.____ dem Versicherten mit Nennung der Namen der Gutachterpersonen mit, dass sowohl eine psychiatrische als auch eine orthopädische Begutachtung durchgeführt werde. Dagegen erhob der Versicherte keine Einwände. Aufgrund dieses Vorgehens ist nicht ersichtlich, inwiefern die Grundsätze über die Vergabe von Gutachten gemäss BGE 137 V 210 verletzt sind.

5.4 Zum Einwand, wonach die Gutachter der D.____ von der IV-Stelle wirtschaftlich abhängig seien, ist anzuführen, dass eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit für die Sozialversicherungsträger allein nicht auf mangelnde Objektivität oder Voreingenommenheit der Ärzteschaft der D.____ schliessen lässt. Daran hat das Bundesgericht unlängst trotz vorgebrachter Kritik in Rechtsschriften und Literatur bis heute festgehalten (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2017, 8C_445/2016, E. 5.3). Spezifische Ausstandsgründe gegen die einzelnen mit der Begutachtung betrauten Sachverständigen werden in der Beschwerde keine genannt. Inwiefern in diesem Zusammenhang eine Verletzung der Art. 6 (fares Verfahren), Art. 8 (Recht auf Achtung der Privat- und Familiensphäre) und Art. 34 (Individualbeschwerden) der Konventi-

on zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK), vom 4. November 1950 vorliegen soll, legt der Versicherte nicht in nachvollziehbarer und begründeter Weise dar.

5.5 Das Vorbringen des Versicherten, bei der Vergabe von mono- und bidisziplinären Gutachten würden auffallend häufiger Fachärzte berücksichtigt, welche versicherungsfreundliche Beurteilungen lieferten, bezieht sich ausschliesslich auf ausserkantonale Gegebenheiten, welche keine Rückschlüsse auf den vorliegenden Fall zulassen. Desgleichen sind die Vorwürfe gegen den Geschäftsführer der D.____, Dr. med. O.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, lediglich allgemein gehalten, weshalb der Versicherte daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten kann.

6.1 Nebst diesen formellen Einwänden erweisen sich auch die materiellen Vorbringen des Versicherten als nicht stichhaltig genug, um von den überzeugenden Schlussfolgerungen der Experten der D.____ abzuweichen. Was die gerügte fehlende Einholung fremdanamnestischer Auskünfte anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass nach der Praxis des Bundesgerichts eine Fremdanamnese kein unerlässlicher Bestandteil eines Gutachtens darstellt und dies auch in der Literatur keineswegs einhellig postuliert wird (Urteil des Bundesgerichts vom 14. September 2001, 6P.40/2001, E. 4d/bb). Eine Fremdanamnese kann zwar eine zentrale Erfahrungsquelle für die medizinische Fachperson darstellen, allerdings muss sich der bzw. die medizinische Sachverständige von entsprechenden Erhebungen einen wesentlichen Erfahrungsgewinn versprechen (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2006, I 58/06, E. 2.1). Vorliegend konnten die psychiatrischen Fachpersonen Dr. J.____ und Dr. H.____ auf umfangreiche medizinische Unterlagen - insbesondere auf die Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. N.____ vom 12. Juli 2004, 23. August 2006, 31. Juli 2007 und vom 16. Juni 2015, der F.____ vom 2. Dezember 2014 und 19. Mai 2015, der Klinik W.____ vom 11. Juli 2003 und von Dr. C.____ vom 20. November 2014 - zurückgreifen. Die vom Versicherten angeführten Gründe sind nicht geeignet, um eine Fremdanamnese als erforderlich zu betrachten. So ergeben sich entgegen den Vorbringen des Versicherten aus dem Gutachten von Dr. C.____ keine Hinweise auf Suizidgedanken oder Beeinträchtigungen der Vigilanz. Auch die behandelnden Ärzte der F.____ konnten keine Anhaltspunkte für eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung oder eine Einschränkung der Vigilanz finden (vgl. Bericht der F.____ vom 2. Dezember 2014). Es trifft zu, dass Dr. H.____ den Versicherten anlässlich der Untersuchung vom 16. September 2015 nicht über sein von der Ehefrau gegenüber Dr. C.____ geschildertes fremdaggressives Verhalten befragte. Diese Frage stellte aber Dr. J.____ dem Versicherten am 12. November 2007. Der Versicherte sagte dazu aus, dass sich sein aggressives Verhalten seit der Einnahme der Medikamente gebessert habe (vgl. Seite 15 oben des Gutachtens der D.____ vom 19. November 2007). Da sich seither die Medikation nicht wesentlich geändert hat und sich anlässlich der Untersuchung der D.____ im Herbst 2015 keine Hinweise auf fremdaggressives Verhalten ergaben, durfte Dr. H.____ zu Recht davon ausgehen, dass kein solches vorliegt, welches eine Fremdanamnese unabdingbar gemacht hätte.

6.2 Der Versicherte sieht eine unvollständige Befunderhebung in der Tatsache, dass Dr. H.____ entgegen den Befunden anderer Fachpersonen das Vorliegen eines deutlichen aufmerksamkeitsuchenden Verhaltens verneine und eine Persönlichkeitsstörung ausschliesse.

Aus dieser Argumentation lässt sich jedoch noch keine relevante Unvollständigkeit der aufgeführten Befunde ableiten. Wie der RAD-Arzt Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 9. Juni 2017 überzeugend festhielt, stellt ein aufmerksamkeitssuchendes Verhaltensmuster kein psychiatrisches Leiden dar, welches die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnte. Dazu kommt, dass die Ärzteschaft der F.____ in ihrem Bericht vom 22. Mai 2017 die Befunderhebung durch Dr. H.____ als vollständig erachtete. Es ist daher anzunehmen, dass eine allfällige Aufmerksamkeitsproblematik des Versicherten kein relevanter Krankheitswert zukommt. In Bezug auf die geltend gemachte Persönlichkeitsstörung ist zu beachten, dass es für die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem braucht (vgl. Erwägung 2.3). Vorliegend diagnostizierte keiner der involvierten Fachärzte eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10. Es weitere diesbezügliche Auseinandersetzung erübrigt sich daher.

6.3 Ferner weist die Versicherte auf die Dauer der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. H.____ vom 16. September 2015 von 50 Minuten hin und will daraus sinngemäss ableiten, bei der vorliegenden komplexen Problematik sei es nicht möglich, in dieser Zeit den psychischen Gesundheitszustand des Versicherten zuverlässig zu beurteilen. Rechtsprechungsgemäss kann aus einer - verhältnismässig - kurzen Dauer der psychiatrischen Exploration nicht von vornherein auf eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters geschlossen werden. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab. Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2015, 8C_86/2015, E. 5.2). Dem Experten standen zahlreiche medizinische Berichte zur Verfügung. Zusammen mit seinen persönlichen Untersuchungen vom 31. Januar 2012 und 16. September 2015 konnte er sich ein umfassendes Bild über den Krankheitsverlauf sowie der Symptomatik des Versicherten machen und eine nicht auf eine Momentaufnahme beschränkte Beurteilung abgeben. Anhaltspunkte dafür, dass Dr. H.____ die Vorgaben an ein Gutachten nicht bzw. nur ungenügend beachtete, sind nicht erkennbar. Kann - wie hier - von inhaltlicher Vollständigkeit und Schlüssigkeit im Ergebnis ausgegangen werden, ist die Untersuchungsdauer nicht entscheidend (Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2012 9C_671/2012 E. 4.5 mit Hinweis).

6.4 Daran ändert auch der Einwand des Versicherten nichts, wonach die Beurteilungen von Dr. H.____ nicht nach den Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Februar 2012 verfasst worden seien. Diese stellen lediglich eine Orientierungshilfe für die gutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten (HANS-JAKOB MOSIMANN, Beitrag der Leitlinien für die Rechtsprechung, SZS 2016 S. 513). Weder Gesetz noch Rechtsprechung schreiben den psychiatrischen Fachpersonen eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vor (Urteile des Bundesgerichts vom 6. Juni 2017, 8C_105/2017, E. 4.4 und vom 24. Januar 2017, 9C_715/2016, E. 3.2). Insbesondere verliert ein Gutachten nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn die begutachtende Person sich nicht an die erwähnten Qualitätsrichtlinien anlehnt. Konkret ist nicht ersichtlich, was sich hinsichtlich

Qualität und Aussagekraft der Beurteilung von Dr. H.____ ändern würde, wenn er sich an den Qualitätsrichtlinien der SGPP orientiert hätte.

6.5 Auch die Rügen des Versicherten zu den somatischen Beurteilungen der Gutachter der D.____ vermögen keine Zweifel an deren Zuverlässigkeit zu begründen. Gemäss Urteil des Kantonsgerichts vom 19. Januar 2007 ist gemäss Gutachten von Dr. I.____ vom 13. Mai 2005 davon auszugehen, dass der Versicherte damals an einem lumbospondylogenen Syndrom und einer Schmerzausweitungstendenz litt. Seit Erlass dieses Entscheids hielten die Fachärzte als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit weiterhin ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bzw. eine chronische Lumboischialgie bzw. ein Akutschmerz bei der LWS fest (vgl. unter anderem Berichte von Dr. med. P.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital Y.____ vom 26. Juli 2012, 25. September 2012, 8. November 2012, 14. Januar 2013, 28. Februar 2013, 20. August 2013, 10. Februar 2014, 3. Juli 2014 und 6. Januar 2015, des Spitals Q.____ vom 15. Januar 2009, 3. Mai 2010, 28. Juli 2010, 8. und 16. September 2010, 9. Dezember 2010, 17. und 25. März 2011, 15. April 2011 und 15. November 2013 und der R.____ vom 15. Mai 2009, 24. August 2009 und 4. September 2009, von Dr. med. S.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 3. Juni 2015, von Dr. med. T.____, FMH Neurologie, 4. Februar 2011 und von der Klinik U.____ vom 13. Oktober 2009). Während die Gutachter der D.____ in somatischer Hinsicht stets von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit ausgingen, attestierten die behandelnden Ärzte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Einschätzung der behandelnden Ärzte ist nicht geeignet, um von den überzeugenden Beurteilungen der Experten der D.____ abzuweichen. Entweder äusserten sie sich lediglich zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf, aber nicht zu einer solchen in einer Verweistätigkeit (vgl. dazu Bericht von Dr. med. V.____, FMH Neurologie, vom 12. Januar 2005 und Bericht der Klinik U.____ vom 13. Oktober 2009) oder es ist unklar, ob sich die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nur auf die angestammte oder auch auf eine Verweistätigkeit bezieht (vgl. dazu Bericht Dr. S.____ vom 21. März 2012, 28. Februar 2013, 7. November 2013 und 17. April 2015). Einzig Dr. P.____ bestätigte in seinem Bericht vom 28. Februar 2013, dass der Versicherte infolge der geklagten Schmerzen bei der Ausübung *jeglicher* Arbeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei. Gleichzeitig wies er aber darauf hin, dass die Schmerzen in keiner Weise reproduzierbar oder beweisbar seien. Damit macht er deutlich, dass sich seine Beurteilung auf die subjektiven Angaben des Versicherten stützt, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

6.6 In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand des Versicherten sind sich die behandelnden psychiatrischen Fachpersonen - bis auf den Schweregrad der depressiven Erkrankung - mit der Diagnosestellung von Dr. J.____ und Dr. H.____ (affektive bzw. depressive Störung und eine somatoforme Schmerzstörung aus der Klassifikationsgruppe ICD-10 45.-) im Wesentlichen einig. So diagnostizierte die Ärzteschaft der F.____ am 2. Dezember 2014 eine anhaltende affektive Störung (ICD-10 F34.8), am 22. Mai 2015 eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.-) und eine Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) und am 29. Mai 2017 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F.33.1) sowie eine Schmerzstörung (ICD-10 F45.41). Aufgrund des Diagnoseverlaufs müssen die behandelnden Ärzte der F.____ davon ausgegangen sein, dass sich die anfängliche affektive Störung im Laufe der Zeit zu einer depressiven

Störung entwickelte. Dr. N.____ führte als Diagnose am 25. Februar 2004 eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.11), am 23. August 2006 eine schwere Depression und am 31. Juli 2007 eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.01), auf. Die Klinik W.____ hielt in ihrem Bericht vom 11. Juli 2003 als psychiatrische Diagnose eine schwere depressive Episode mit Somatisierung (ICD-10 F32.2) fest. Offensichtlich verbesserte sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten in relativ kurzer Zeit, als Dr. N.____ bereits Anfang 2004 nur noch eine mittelgradige depressive Störung feststellte. Ob dann im Sommer 2006 wieder eine schwergradige Depression vorlag, ist fraglich, begründet diese Dr. N.____ doch allein mit den Ergebnissen der im Auftrag von ihm durchgeführten psychologischen Testung des Versicherten (Beck'sches Depressionsinventar). Wie Dr. J.____ nachvollziehbar dazu ausführt, kann auf solche Testungen nur abgestellt werden, wenn sie mit Anamnese, Befund und Verlauf übereinstimmen. Die damals von Dr. N.____ erhobenen Befunde überzeugen nicht ganz, um ohne weiteres von einer schweren depressiven Störung ausgehen zu können. Darauf muss jedoch nicht weiter eingegangen werden, weil Dr. N.____ bereits im Juli 2007 nur noch von einer mittelschweren depressiven Episode sprach. Desgleichen muss nicht weiter geprüft werden, ob der Versicherte an einer leichten oder mittelgradigen depressiven Störung litt bzw. noch leidet. Denn gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts sind leichte bis mittelgradige Störungen aus dem depressiven Formenkreis nur invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht mehr angehbar sind. Eine Therapieresistenz wird nur selten angenommen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angehbar sind (Urteile des Bundesgerichts vom 10. Juli 2017, 9C_30/2017, E. 4.2, vom 6. Juli 2017, 8C_222/2017, E. 5.2, vom 3. April 2017, 8C_814/2016, 5.3.2 und vom 9. März 2017, 8C_650/2016, E. 5.1.3). Aus dem Gutachten der D.____ vom 20. Oktober 2015 geht hervor, dass die psychiatrische Behandlung des Versicherten mit einem sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivum sowie schlafhygienischen Massnahmen noch intensiviert werden könnte. Gleichermassen ist dem Bericht der F.____ vom 2. Dezember 2014 zu entnehmen, dass die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien. Eine Therapieresistenz ist somit zu verneinen. Demzufolge ist die beim Versicherten diagnostizierte leichte bzw. mittelschwere depressive Episode als nicht invalidisierend zu qualifizieren.

6.7 Hinsichtlich der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung ist unbestritten, dass eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 ff. notwendig ist. Eine solche führte Dr. H.____ auf Seite 23. ff. seines Gutachtens vom 20. Oktober 2015 durch. Der Versicherte beanstandet diese Prüfung in mehreren Punkten. Wie er richtig feststellte, enthielt der im Gutachtensauftrag vom 12. Juni 2015 an die D.____ beigelegte Fragenkatalog noch die damals geltenden Förster-Kriterien. Der Grund dafür war, dass der Gutachtensauftrag noch vor der Veröffentlichung des BGE 141 V 281 ff. erfolgte. Dr. H.____ berücksichtigte jedoch die neue Rechtsprechung in seinem Gutachten und nahm bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu den einzelnen Standardindikatoren Stellung. In inhaltlicher Hinsicht ist dem Versicherten zuzustimmen, dass die entsprechende Beurteilung von Dr. H.____ eher knapp ist. Insbesondere die Anamnese und die Ressourcenprüfung fielen kurz aus. Dieser Umstand ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der Versicherte gemäss der medizinischen Aktenlage auch auf Nachfrage nicht bereit war, mehr über sein Alltagsleben zu berichten. Insgesamt zeigt sich aber,

dass die Ausführungen von Dr. H.____ zu den Standardindikatoren zusammen mit den umfangreichen medizinischen Akten eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten erlauben, was im Folgenden aufgezeigt wird:

6.8.1.1 Der erste Indikatorenkomplex unter dem Titel "Gesundheitsschädigung" stellt zunächst die Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde. In diesem Zusammenhang gilt es die Schwere des Krankheitsgeschehens zu würdigen und es ist zu prüfen, wie stark dieses die Alltagsfunktionen beeinträchtigt und ob es Hinweise auf Aggravation oder Simulation gibt. Vorliegend geht aus den medizinischen Unterlagen hervor, dass beim Versicherten sowohl somatische als auch psychische Beeinträchtigungen vorliegen, welche seine Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist jedoch nicht sehr ausgeprägt. Der Versicherte lebt zusammen mit seiner Ehefrau und seinem minderjährigen Sohn in einer Mietwohnung. Gemäss D.____-Gutachten vom 20. Oktober 2015 erledige vor allem seine zu 80% erwerbstätige Ehefrau die Arbeiten im Haushalt. Dabei helfe er ihr, indem er das Frühstück zubereite und leichte Arbeiten wie z.B. kleinere Einkäufe vornehme. Er habe oft Arzttermine und manchmal Kontakt mit Kollegen. Zudem fahre er zweimal in der Woche mit dem Tram in die Stadt. Aufgrund seiner Kopfschmerzen könne er nicht lange lesen oder sich mit dem PC beschäftigen. Alle zwei Jahre reise er für drei Wochen in sein Heimatland Z.____. Er fahre selten Auto und wenn dann nur für kurze Strecken. Damit erscheint insgesamt der Alltag des Versicherten strukturiert und die Alltagsfunktionen nicht allzu sehr eingeschränkt zu sein. Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation liegen keine vor.

6.8.1.2 Als nächsten Indikator nennt das Bundesgericht den Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. die Behandlungs- und Eingliederungsresistenz. In diesem Zusammenhang sind der Verlauf und der Ausgang der bisher durchgeführten Therapien und Eingliederungsversuche zu würdigen und es ist zu prüfen, ob die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden. Der Versicherte steht seit 2001 in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen und einer mehr oder weniger ununterbrochenen psychopharmakologischen Behandlung. Vom 20. Mai 2003 bis 3. Juli 2003 war er zudem in der Klinik W.____ hospitalisiert, wo er eine Physiotherapie und eine kognitive Verhaltenstherapie erhielt und eine Umstellung in der Medikation erfolgte. Die psychiatrischen Fachpersonen sind sich einig, dass die gegenwärtige Behandlung noch intensiviert werden könnte. Aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Versicherten sind bisher keine Eingliederungsmassnahmen erfolgt. Bezüglich der körperlichen Beschwerden scheinen die therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft zu sein.

6.8.1.3 Im Zusammenhang mit dem Indikator "Komorbidität" ist darauf hinzuweisen, dass gestützt auf die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts der psychischen Komorbidität kein Vorrang mehr zukommt, vielmehr sind auch körperliche Begleiterkrankungen zu würdigen. Im vorliegenden Fall wurde nebst der chronischen Schmerzstörung als weitere psychiatrische Diagnose eine leichte depressive Episode erhoben, die jedoch gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht invalidisierend ist und welcher demzufolge keine massgebende Bedeutung zukommt (vgl. Erwägung 6.6). Als körperliche Begleiterkrankung liegt mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik bei Status nach wiederholten und multiplen, jedoch erfolglosen Infiltrationen vor. Da der

Versicherte in einer diesen somatischen Befunden angepassten Verweistätigkeit vollständig arbeitsfähig ist, sind die Komorbiditäten insgesamt als eher gering einzustufen.

6.8.2 Im zweiten Indikatorenkomplex der "Persönlichkeit" wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt. Gestützt darauf sind die persönlichen Ressourcen zu eruieren. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Versicherte bewusstseinsklar und allseits orientiert war. Es gibt keine Anhaltspunkte für Gedächtnisstörungen. Im Denken ist er zwar eingeengt und grübelnd, jedoch ist es formal geordnet und inhaltlich bestehen keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen, Ich- und Persönlichkeitsstörungen. Hinweise auf akute Eigen- und Fremdgefährdung lassen sich nicht finden (vgl. dazu insbesondere das Gutachten von Dr. H.____ vom 20. Oktober 2015 und den Bericht der F.____ vom 2. Dezember 2014). Zudem lebt der Versicherte in einer relativ stabilen Beziehung mit seiner Ehefrau und seinem Sohn. Insgesamt scheinen damit die persönlichen Ressourcen zumindest in einem gewissen Masse noch gut erhalten zu sein.

6.8.3.1 Im dritten Indikatorenkomplex ist unter dem Titel "sozialer Kontext" zunächst die Abgrenzung der psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorzunehmen. Diese Faktoren bleiben als sogenannte invaliditätsfremde Aspekte nach wie vor unbeachtlich. Im vorliegenden Fall sind in diesem Zusammenhang die finanzielle Abhängigkeit vom Einkommen seiner erwerbstätigen Ehefrau zu erwähnen. Sodann kann auch die mehrjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt zu diesen ungünstigen Einflüssen auf das Krankheitsgeschehen gezählt werden.

6.8.3.2 Als weiteren Indikator nennt das Bundesgericht die Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds. Beachtlich sind dabei die Verankerung und Vernetzung im sozialen Umfeld und die daraus mobilisierbaren Ressourcen. Der Versicherte lebt - wie bereits erwähnt - mit seiner Ehefrau und seinem Sohn zusammen. Auch wenn er sich seit Eintritt des Gesundheitsschadens von seinen Kollegen zurückgezogen hat, hat er den Kontakt nicht ganz aufgegeben. Zudem besucht er alle zwei Jahre seine Familie in seiner Heimat. Damit hat der Versicherte zwar ein bescheidenes soziales Umfeld, in welchem er jedoch gut eingebettet ist und welches ihn unterstützen kann.

6.8.4 Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die "Konsistenzprüfung" vorzunehmen. Dabei ist zu prüfen, ob die Auswirkungen der festgestellten Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Leistungsfähigkeit anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Ein wichtiger Indikator ist dabei die Frage, ob die diskutierte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit gleich ausgeprägt ist wie die Einschränkungen in den sonstigen Lebensbereichen. Ferner ist zu beachten, ob die versicherte Person Therapieangebote wahrnimmt oder mögliche Behandlungen auslöst. Vorliegend steht fest, dass der Versicherte in Behandlung bei den F.____ steht, die er zweimal im Monat aufsucht. Zudem wird er mit psychopharmakologischen und schmerzstillenden Medikamenten behandelt. Andere therapeutische Massnahmen nimmt er nicht in Anspruch. Gemäss den ärztlichen Beurteilungen besteht zwischen den geltend gemachten Schmerzen und den erhobenen Befunden eine Diskrepanz. Denn objektivierbar ist nur eine verminderte Belastbarkeit der LWS, eine erhöhte Ermüdbarkeit und die damit verbundenen Konzentrationsschwierigkeiten, eine Antriebs-

hemmung und ein teilweiser sozialer Rückzug. Allerdings ist aufgrund der Indikatoren eine gewisse Einschränkung der Leistungsfähigkeit plausibel. Ebenso sind aber auch noch einige Ressourcen erkennbar, welche auch im Rahmen des Erwerbslebens verwertbar sein dürften. Insgesamt ist die von den Gutachtern der D.____ veranschlagte 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren, leidensangepassten Tätigkeit im Einklang mit den Einschränkungen des Versicherten im Alltag. Damit gibt das Gutachten der D.____ vom 20. Oktober 2015 genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss neuerer Rechtsprechung zu berücksichtigen sind.

6.9 An diesem Ergebnis ändert auch die von Dr. N.____ festgehaltene 100%ige Arbeitsunfähigkeit nichts, gilt diese doch lediglich für die angestammte Tätigkeit. In seinem Bericht vom 16. Juni 2017 erachtete der behandelnde Arzt die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit als zumutbar. Den Umfang einer solchen Arbeit legte er jedoch nicht fest, weshalb auf seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden kann. Die Einschätzung der behandelnden Ärzte der F.____, wonach der Versicherte zu 50 % arbeitsunfähig sei, ist nicht geeignet, um Zweifel an der ausschlaggebenden Aussagekraft der Gutachten der D.____ zu erwecken. Denn die Ärzteschaft der F.____ begründet die Einschränkung zu Beginn ausschliesslich mit der Diagnose einer anhaltenden affektiven Störung bzw. mit einer depressiven Episode (vgl. Bericht vom 2. Dezember 2014), welche jedoch - wie bereits in Erwägung 6.6 ausgeführt - die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht beeinflusst. Später ging sie davon aus, dass nebst der depressiven Störung auch die somatoforme Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinträchtigt (vgl. Bericht vom 22. Mai 2017). Da sie jedoch das Ausmass der Einschränkung allein aufgrund der somatoformen Schmerzstörung nicht festlegte, kann der Versicherte daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten.

7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf die Gutachten der D.____ davon auszugehen ist, dass der Versicherte von 2003 bis August 2015 in einer leidensangepassten Verweistätigkeit zu 100 % und ab September 2015 zu 80 % arbeitsfähig ist. Aus den Akten geht nicht hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seither verschlechtert hat. Im Bericht der F.____ vom 29. Mai 2017 wird vielmehr bestätigt, dass in psychischer Hinsicht eine unveränderte Situation vorliege. Unter diesen Umständen sind von weiteren Abklärungen keine neuen relevanten Erkenntnisse zu erwarten. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Antrag des Versicherten, wonach zur Validierung des Gutachtens der D.____ vom 20. Oktober 2015 ein weiterer Bericht bei der F.____ einzuholen bzw. ein gerichtliches Gutachten anzuordnen sei, nicht stattzugeben. 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 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

8.1 Gemäss Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach 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 128 V 30 E. 1).

8.2 Die IV-Stelle nahm in der angefochtenen Verfügung vom 29. März 2017 den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ermittelte sie gestützt auf den Durchschnitt der Jahreslöhne 2001 und 2002 gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) und nach Anpassung an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2003 ein Valideneinkommen von Fr. 54'988.--. Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ging sie von Tabellenlöhnen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2002 des Bundesamtes für Statistik (BFS), TA 1, Privater Sektor, Anforderungsniveau 4, Spalte Männer, aus und erhielt dabei unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung und der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2003 einen Betrag von Fr. 57'749.--. Nach Abzug eines leidensbedingten Abzugs von 10 % und eines Minderverdienstes von 4 % sowie Anpassung an das zumutbare Arbeitspensum von täglich 6 Stunden erhielt sie ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 35'924.--. Aus der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen ermittelte sie sodann einen Invaliditätsgrad von 35 %. Der Versicherte beanstandete das von der IV-Stelle ermittelte Valideneinkommen von Fr. 54'988.--, weil sie nicht auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin abgestellt und damit den 13. Monatslohn und die Zusatzentschädigungen nicht berücksichtigt habe. Richtigerweise betrage das Valideneinkommen Fr. 57'472.--. Die Frage, welcher Auffassung zu folgen ist, kann - wie die nachfolgenden Erwägungen aufzeigen werden - offengelassen werden, weil selbst bei einem massgebenden Valideneinkommen von Fr. 57'472.-- kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert.

8.3.1 Das von der IV-Stelle ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 35'924.-- ist insofern zu korrigieren, als der Versicherte gemäss den Zumutbarkeitsbeurteilungen der Gutachter der D.____ in einer leidensangepassten Tätigkeit zum Zeitpunkt des Rentenanspruchs (2003) zu 100 % arbeitsfähig war bzw. seit September 2015 zu 80 % arbeitsfähig ist. Die Annahme der IV-Stelle, wonach von einer Arbeitsfähigkeit von 6 Stunden täglich auszugehen sei, basiert auf die Feststellungen von Dr. C.____, auf welche jedoch gemäss Urteil des Kantonsgerichts vom 19. Januar 2007 nicht abgestellt werden kann. Ausgehend von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit beträgt das Invalideneinkommen im Jahr 2003 Fr. 51'974.-- (Fr. 57'749.-- x 90/100 [leidensbedingter Abzug]; in Anbetracht der Differenz zwischen Invaliden- und Valideneinkommen von Fr. 2'761.-- ist ein Minderverdienst von 0,48 % nicht mehr zu berücksichtigen). Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 10 % (Fr. 57'472.-- ./).

Fr. 51'974.-- x 100 : Fr. 57'472.--). Das massgebende Invalideneinkommen ab 2015 ist gestützt auf die LSE 2014, Tabelle TA 1, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Spalte Männer, zu berechnen, was ein Jahreseinkommen von 63'744.-- (Fr. 5'312.-- x 12) ergibt. Nach Anpassung dieses Betrages an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden und an die Nominallohnentwicklung von 0,3 % im Jahr 2015 resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 66'652.--. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % und eines Minderverdienstes von 16 % sowie einer zumutbaren 80%igen Arbeitsfähigkeit ergibt sich ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 40'311.-- bzw. ein Invaliditätsgrad von 30 %. Die IV-Stelle stellte deshalb zu Recht fest, dass der Versicherte mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrades keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

8.3.2 An diesem Ergebnis ändert der Einwand des Versicherten, dass aufgrund der schmerzbedingten Leistungsschwankungen, des Teilzeitpensums und des Status als Niedergelassener ein Abzug von 25 % vom massgebenden Invalideneinkommen vorzunehmen sei, nichts. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens anhand lohnstatistischer Angaben sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Im Entscheid BGE 126 V 75 ff. hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zu den Abzügen vom Tabellenlohn bereinigt und weiterentwickelt. Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301 mit Hinweis). Dabei ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen. Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 7. April 2016, 9C_898/2015, E. 1).

8.3.4 Die Einschätzung des leidensbedingten Abzugs ist stets eine Ermessensentscheidung. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass das Kantonsgericht als kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Es geht vielmehr um die Frage, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Allerdings darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegend erscheinen lassen (BGE 126 V 75 E 6, 123 V 150 E. 2).

8.3.5 Die IV-Stelle trug mit dem von ihr vorgenommenen Abzug von 10 % der Tatsache Rechnung, dass der Versicherte in einem Teilzeitpensum gesundheitsbedingt eingeschränkt ist. Eine darüberhinausgehende Kürzung des Invalideneinkommens lässt sich kaum rechtfertigen. Wie sich aus der massgebenden Zumutbarkeitsbeurteilung im Gutachten der D.____ vom

20. Oktober 2015 ergibt, wurden die Schmerzproblematik und die damit verbundene schwankende Leistungsfähigkeit des Versicherten bereits durch die Annahme eines reduzierten Arbeitspensums im Umfang von 80 % hinreichend berücksichtigt. Auch wenn Stellen, welche schwere Arbeiten in Zwangshaltungen und das Heben, Tragen sowie Ziehen von Lasten über 20 kg erfordern und nicht in Wechselbelastung ausgeführt werden können, für den Versicherten nicht mehr in Betracht kommen, besteht immer noch ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten im in Frage kommenden Anforderungsniveau 4. Eine zusätzliche Veranschlagung dieser Einschränkungen unter dem Titel des leidensbedingten Abzugs im Sinne von BGE 126 V 75 würde nur zu einer unzulässigen doppelten Anrechnung desselben Faktors führen. Die Kriterien Lebensalter und Dienstjahre rechtfertigen ebenso wenig einen Abzug. Was den Ausländerstatus anbelangt, ist kein Abzug angezeigt, verdienen doch Männer mit Niederlassungsbewilligung (Kategorie C) im Anforderungsniveau 4 zwar weniger als Schweizer, aber dennoch mehr als das für die Invaliditätsbemessung herangezogene Durchschnittseinkommen (Urteile des Bundesgerichts vom 13. Februar 2013, 8C_939/2011, E. 5.2.3 und vom 20. Oktober 2011, 8C_594/2011, E. 5 mit Hinweisen). Aufgrund dieser Ausführungen erweist sich der von der IV-Stelle vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % aufgrund der Teilzeitarbeit als angemessen. Da dieser erst ab September 2015 (= Beginn der 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit) zu Tragen kommt, ist es fraglich, ob für die Zeit von 2003 bis August 2015 ein leidensbedingter Abzug überhaupt gerechtfertigt ist. Diese Frage kann jedoch offengelassen werden, liegt der Invaliditätsgrad selbst bei einem Maximalabzug von 25 % unter 40 %. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Versicherte unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihm ist allerdings mit verfahrensleitender Verfügung vom 23. Mai 2017 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse gehen.

9.2 Der Versicherungsträger hat die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat (vgl. Art. 45 Abs. 1 ATSG). Erfolgte keine Anordnung von Massnahmen, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2015, N 19 zu Art. 45). Im vorliegenden Beschwerdeverfahren beantragte der Versicherte in seiner Eingabe vom 30. Mai 2017, es sei die IV-Stelle zu verpflichten, die Kosten für den Bericht der F.____ vom 22. Mai 2017 in der Höhe von Fr. 40.-- zu übernehmen. Es zeigte sich aber, dass das Kantonsgericht auch ohne diesen Bericht zum gleichen Schluss gekommen wäre. Mit anderen Worten war die

ärztliche Beurteilung der F._____ vom 22. Mai 2017 für die Entscheidungsfindung nicht unerlässlich, weshalb von einer Überbindung der Kosten auf die IV-Stelle abzusehen ist.

9.3 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Versicherten mit prozessleitender Verfügung vom 23. Mai 2017 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, hat dessen Entschädigung aus der Gerichtskasse zu erfolgen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in seiner Honorarnote vom 3. August 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 17 Stunden und 55 Minuten sowie Spesen und Auslagen von insgesamt Fr. 111.30 geltend, was umfangmässig nicht zu beanstanden ist. Ihm ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'990.20 (17 Stunden und 15 Minuten à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 111.30 sowie 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.4 Der Beschwerdeführer wird jedoch 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 ist, 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. 800.-- 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. 3'990.20 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

4. Der Antrag des Beschwerdeführers, die IV-Stelle sei zur Übernahme der Kosten für den Bericht der F._____ vom 22. Mai 2017 in Höhe von Fr. 40.-- zu verpflichten, wird abgelehnt.