



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 20. September 2012 (720 12 184)

Invalidenversicherung

Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund psychischer Beeinträchtigungen

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1976 geborene A.____ arbeitete vom 1. Februar 2000 bis 30. November 2009 als Lagerist bei der B.____ in X.____. Am 28. April 2010 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abschluss der Eingliederungsmassnahmen klärte die IV-Stelle Basel-Landschaft die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse des Versicherten ab. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach sie A.____ mit Verfügung vom 9. Mai 2012 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 46 % eine Viertelsrente mit Wirkung per 1. November 2010 zu.

B. Gegen die Verfügung erhob Advokatin Elisabeth Maier namens und im Auftrag von A.____ am 11. Juni 2012 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Es wurde die Aufhebung der angefochten Verfügung und die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen beantragt. Eventualiter sei zur weiteren Abklärung des Sachverhalts ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben, subeventualiter an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde vorgebracht, dass das Gutachten von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Juli 2011 nicht in allen Punkten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an die Beweistauglichkeit erfülle. Unter Berücksichtigung der übrigen bei den Akten befindlichen Arztberichte erweise es sich nicht als schlüssig und leuchte insbesondere hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht ein. Die gestützt auf das Gutachten von Dr. C.____ durch die Vorinstanz vorgenommene Sachverhaltseinschätzung sei daher nicht überwiegend wahrscheinlich, weshalb die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungspflicht von Amtes wegen verletzt sei. Weiter sei aus den Akten nicht ersichtlich, ob die von Dr. med. D.____, FMH Neurologie, in seinem Bericht vom 11. September 2009 zur weiteren Abklärung formulierten konkreten Schritte durchgeführt worden seien. Infolge der von Dr. D.____ aufgezeigten Schwierigkeiten in der Zuordnung der Kopfschmerzen bestehe auch aus somatischer Sicht noch weiterer Abklärungsbedarf.

C. Mit Verfügung vom 14. Juni 2012 bewilligte das Kantonsgericht dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Verbeiständung.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 16. Juli 2012 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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

1.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 1. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). 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.

1.2 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6).

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

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

2. Ausgangspunkt der Ermittlung eines Rentenanspruchs bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

2.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

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

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

3.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der psychische Gesundheitszustand des Versicherten ab Frühjahr 2009 beeinträchtigt war (vgl. Berichte von Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Medizin, vom 30. Oktober 2009 und der F.____ vom 2. Juni 2010). Die von Dr. D.____ vorgenommene neurologische Abklärung vom 11. September 2009 wegen der geklagten Kopfschmerzen ergab, dass der Versicherte an Spannungskopfschmerzen mit stechenden Begleitkopfschmerzen im Rahmen der depressiven Symptomatik und eventuell mit "medication overuse-headache" Komponente, an einem depressiven Syndrom von schwer beurteilbarer Ausprägung sowie an einer psychosozialen Belastungssituation (Kündigung, finanzielle Sorgen etc.) leide. Im klinisch-neurologischen Status konnte Dr. D.____ keine Normabweichung feststellen. Das Verhaltensmuster deute auf eine depressive Symptomatik hin. Es sei für ihn als nicht psychiatrischer Facharzt schwierig, die vorliegende Symptomatik von den funktionellen Überlagerungen abzugrenzen. Sollte sich die psychiatrische Diagnose einer Depression nicht bestätigen lassen, so sei ein MRI des Neurokraniums durchzuführen. Weiter empfehle er eine breite Blutuntersuchung. Bei wiederholt erhöhten Blutdruckwerten seien eventuell eine gezielte Abklärung, eine antidepressive Medikation sowie ein psychiatrisches Konsilium angebracht. Sowohl Dr. E.____ als auch Dr. D.____ ordneten das Krankheitsbild am ehesten einer atypischen Depression zu. Die von Dr. E.____ veranlasste Blutuntersuchung vom 15. Oktober 2009 ergab negative Resultate (vgl. Bericht von Dr. E.____ vom 15. Dezember 2009). Ebenso wenig zeigten die am 17. Dezember 2009 erfolgten MRI-Untersuchungen des Schädels Hinweise auf einen Tumor oder neurovaskuläre bzw. infektiöse Veränderungen des Hirnparenchyms (vgl. Bericht des G.____ vom 17. Dezember 2009). Die zwischenzeitlich erfolgte kardiale Untersuchung ergab keine auffälligen Befunde mit Krankheitswert (vgl. Bericht der H.____, vom 14. Januar 2010).

3.2.1 Seit 30. Oktober 2009 steht der Versicherte bei den F.____ in ambulanter Behandlung. Im Bericht vom 2. Juni 2010 wurden als Diagnosen eine schwere depressive Episode mit fraglichen psychotischen Symptomen, chronische Spannungskopfschmerzen (Differentialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung) und ein Verdacht auf akzentuierte histrionische Per-

sönlichkeitszüge gestellt. Im psychopathologischen Befund zeige sich eine bewusstseinsklare und voll orientierte versicherte Person mit einem mutistisch anmutenden Zustandsbild. Formalgedanklich sei der Versicherte stark grüblerisch, teilweise blockiert und verlangsamt. Er klage über Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Wahn- bzw. Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nicht feststellbar. Affektiv berichte er über Freud-, Interessen-, Lustlosigkeit sowie schnelle Erschöpfbarkeit, ausgeprägte Kraftlosigkeit, starke Schlafstörungen und passive Suizidgedanken. Aufgrund dieser Befunde sei die Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt und verunmögliche derzeit eine Erwerbstätigkeit (vgl. auch Berichte der F._____ vom 20. November 2009 und 7. Dezember 2009). Im Bericht vom 19. November 2010 wurden als Diagnosen eine schwere depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angeführt. Das undeutliche Sprechen lasse sich diagnostisch nicht einordnen.

3.2.2 Vom 23. November 2010 bis 24. Dezember 2010 befand sich der Versicherte in der I._____ in stationärer Behandlung. Als Austrittsdiagnosen wurden am 29. Dezember 2010 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit dauerhaften Kopfschmerzen und eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen festgehalten. Der Versicherte sei in seiner Konzentration und in den Gedächtnisfunktionen eingeschränkt. Infolge des Konzentrationsmangels, der Schlafstörungen und der körperlichen Schwäche sei es dem Versicherten nicht möglich, seine bisherige Tätigkeit auszuüben (vgl. auch Bericht der I._____ vom 1. Februar 2011). Die behandelnden Ärzte der F._____ stellten gemäss ihrem Bericht vom 20. Mai 2011 im Vergleich zu ihrer Beurteilung vom 2. Juni 2010 insofern eine Verbesserung fest, als sie nun in der Diagnosestellung eine mittel- bis schwergradige depressive Episode aufführten. Der Zustand des Versicherten sei stationär. Er klage weiterhin über starke Kopfschmerzen und Kraftlosigkeit. Er spreche in einer sehr leisen, leicht stotternden und schwer verständlichen Sprache (Differentialdiagnose: theatralische Überbetonung). Er könne nicht lange sprechen, da dies gemäss seinen Angaben starke Kopfschmerzen auslöse. Der Versicherte zeige sich sehr verschlossen (Differentialdiagnose: mangelnde Introspektionsfähigkeit). Er weise keine Motivation zu Veränderungen auf und verharre in einer passiven Haltung. Die Konzentrationsstörungen, die sozialen Kontaktschwierigkeiten, das verlangsamte Denken sowie die psychomotorische Hemmung beeinträchtigten seine Leistungsfähigkeit; es sei daher keine Erwerbsfähigkeit gegeben. Werde der bisherige Verlauf der Therapie jedoch näher betrachtet, so ergäben sich Zweifel an der Diagnose der Depression. Er schildere zwar ausdrücklich die Symptome einer depressiven Störung und an den Sitzungen seien die für eine mittel- bis schwergradige depressive Episode typischen Symptome feststellbar. Demgegenüber weise er teilweise eine grosse Ausdauer auf, wenn es darum gehe, damit "etwas Vorteilhaftes", wie z.B. Widersprüche zu seinen Gunsten aufklären, zu erwirken.

3.3 Der Hausarzt, Dr. med. W._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, bei welchem der Versicherte seit 18. August 2010 in Behandlung steht, diagnostizierte am 30. August 2010 ebenfalls eine Depression, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflusse. Der Versicherte sei sehr verlangsamt in der Sprache, rede leise und undeutlich (vgl. auch Bericht vom 24. November 2010).

3.4.1 In der Folge beauftragte die IV-Stelle Dr. med. K.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, und Dr. C.____ mit der Begutachtung des Versicherten. Dr. K.____ konnte in Fachgutachten vom 8. Juli 2011 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Die asymptomatische muskuläre Dysbalance am Schulter- und Beckengürtel, die Spreizfüsse und der beginnende Hallux valgus beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Der Versicherte gebe an, dass er an Kopfschmerzen leide, aber keine Beschwerden am Bewegungsapparat habe. Er habe aus rheumatologischer Sicht auch keine relevanten pathologischen Befunde erheben können. Die Verspannungen im Bereich des Schultergürtels würden die Kopfschmerzen nicht provozieren, weshalb er davon ausgehe, dass diese nicht auf einem rheumatologischen Krankheitsbild beruhten. Aus diesem Grund sei der Versicherte aus rheumatologischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt.

3.4.2 Dr. C.____ diagnostizierte am 18. Juli 2011 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode. Anamnestisch würden sich die Symptome wie Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Müdigkeit, verminderte Energie, bedrückte und häufig aggressive Stimmung, Vergesslichkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Freud- und Lustlosigkeit, schlechter Appetit sowie manchmal auftretendes Gefühl allgemeiner Sinnlosigkeit und Suizidgedanken eruieren lassen. Diese Symptome würden die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen. An der heutigen Untersuchung hinterlasse der Versicherte einen bedrückten, jedoch nicht aggressiven Eindruck. Zu keinem Zeitpunkt der Exploration habe er gelächelt; die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien eingeschränkt. Zudem lasse sich eine psychomotorische Verlangsamung feststellen. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht langsam und zeitweise gehemmt und es beständen kognitive Beeinträchtigungen. Die Blutentnahme habe ergeben, dass der Versicherte zumindest ein Medikament nicht regelmässig einnehme. Eine schnelle Aufdosierung der Psychopharmaka vor dem Untersuchungstermin sei nicht auszuschliessen. Ein solches Vorgehen wäre mit der Diagnose einer mittel- bis schwergradigen Depression aufgrund des dabei zu erwartenden Leidensdruckes nicht vereinbar. Während der Untersuchung habe er keine Zunahme der Müdigkeit feststellen können. Am Ende der Untersuchung sei der Versicherte sogar vitaler als zu Beginn gewesen. Als es um die Anzahl der in der Originalverpackung vorhandenen Tabletten gegangen sei, sei er zeitweise plötzlich hellwach und völlig präsent gewesen. In solchen Augenblicken sei er auch zum ersten Mal in aufrechter Körperhaltung und ohne gesenkten Kopf im Stuhl gesessen. Er habe den Blickkontakt auch problemlos halten können und seine Stimmung sei nicht mehr bedrückt gewesen. Diese abrupte Stimmungsänderung, die Vigilanz und die Körperhaltung entsprächen nicht einem schweren Grad einer Depression. Der Versicherte leide deshalb höchstens an einer mittelgradigen depressiven Episode. Dazu komme, dass es trotz der Therapien zu keiner wesentlichen Veränderung der Beschwerden gekommen sei. Ein solcher unverändert mittelgradiger bis schwerer Verlauf einer Depression sei schwer nachvollziehbar. Desgleichen seien die Verweigerung, Angaben über seine Gedanken und Gefühle zu machen, und die fehlende Einwilligung, fremdanamnestischer Angaben einzuholen, nicht mit einer schwergradigen Depression vereinbar, da eine Verweigerungshaltung Energien benötige, die bei einer schweren Depression kaum mobilisiert werden könnten. Darüber hinaus seien die Angaben des Versicherten oft inkonsistent und zum Teil widersprüchlich (z.B. Kündigungsgrund, Beziehung zu den Kindern). Unter Berücksichtigung dieser Faktoren sei differentialdiagnostisch an eine bewussteinssnahe ausgeprägte Aggrava-

tionstendenz zu denken. Dazu passend wäre die Tatsache, dass sich - bis auf die Kündigung des Arbeitsplatzes - keine weiteren aktuellen, den Versicherten belastende Umstände nachweisen lassen würden, welche in einem ursächlichen Zusammenhang zur Depression stehen könnten. Allerdings sei der Versicherte in ungünstigen familiären Verhältnissen aufgewachsen. Es wäre daher auch möglich, dass diese frühere Belastung durch die Kündigung reaktiviert worden sei. Diesfalls wäre jedoch ein höherer als der vom Versicherten bisher geäußerte Leidensdruck zu erwarten. Schliesslich sei zu erwähnen, dass eine Gesprächstherapie im Rahmen einer mittel- bis schwergradigen Depression alle drei Wochen nicht als intensiv zu betrachten sei. Die Kopfschmerzen seien am ehesten als chronische Spannungskopfschmerzen zu betrachten. Eine solche Diagnose müsste aber aus neurologischer Sicht gestellt und gewürdigt werden. Differentialdiagnostisch könnte allenfalls eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Betracht gezogen werden. Aufgrund der fehlenden Schmerzausweitung schliesse er aber eine solche nicht aus. Der Versicherte weise zudem akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge auf, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussten. Aufgrund der höchstens mittelgradigen depressiven Episode sei der Versicherte seit März 2009 bis auf weiteres in seiner Arbeitsfähigkeit um 40 % eingeschränkt. Dr. C._____ wies jedoch darauf hin, dass aufgrund der bewusstseinsnahen, ausgeprägten Aggravationstendenz Zweifel an dieser Beurteilung beständen.

3.5 Die behandelnde Oberärztin der F._____. Dr. med. L._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem ärztlichen Zwischenbericht vom 1. Dezember 2011 an der bisher gestellten Diagnose einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode und der daraus resultierenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit fest. Sie räumte jedoch ein, dass eine genaue diagnostische Einschätzung schwierig sei. Aufgrund ungenügender und kaum zuverlässig zu erhebenden Vorinformationen sei über die prämorbid Persönlichkeit des Versicherten wenig bekannt. Es sei davon auszugehen, dass die akzentuierten Persönlichkeitszüge die Krankheitsverarbeitung beeinflussten. Angesichts der hohen subjektiven Krankheitsüberzeugung und der bereits eingesetzten Chronifizierung der Erkrankung sei die Prognose bezüglich Erlangung einer Restarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ungünstig.

3.6 Dr. C._____ nahm am 30. Dezember 2011 zu den Einwänden der Rechtsvertreterin des Versicherten und zum Bericht von Dr. L._____ Stellung. Dr. L._____ habe anlässlich des Telefonats vom 18. Juli 2011 erwähnt, dass der Versicherte einerseits einen eingeschüchterten Eindruck hinterlasse, andererseits dann aber plötzlich hellwach sei. Sie sei auch der Ansicht, dass diese Beobachtungen nicht dem Krankheitsbild einer schwergradigen Depression zugeordnet werden könnten. Aufgrund dieser Aussagen sei es für ihn nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. L._____ an ihrer Diagnose einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode festhalte. Ausserdem seien bereits im Arztbericht der F._____ vom 25. Mai 2011 Zweifel an der Diagnose der Depression geäußert worden, auf welche Dr. L._____ jedoch nicht eingehe. Es bestehe deshalb kein Anlass, von seiner Beurteilung vom 18. Juli 2011 abzuweichen.

3.7 Am 7. Juni 2012 führte Dr. L._____ aus, dass die Diagnose einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode aufgrund der anhaltend bedrückten Stimmungslage, des Affektarmuts und der Affektstarre, d.h. einer deutlichen Einschränkung der affektiven Schwingungsfä-

higkeit, begründet sei. Es beständen zudem Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Des Weiteren zeige der Versicherte eine ausgeprägte Einengung und Grübelneigung hinsichtlich seiner Schmerzproblematik. Anamnestisch sei eine ausgeprägte Freud-, Interessen- und Lustlosigkeit sowie Ein- und Durchschlafschwierigkeiten zu verzeichnen. Er klage über eine ausgeprägte Müdigkeit und der Antrieb sei reduziert. Suizidgedanken seien dagegen in den letzten Monaten nicht feststellbar gewesen. Die Ausprägung der geschilderten Symptome entspräche dem Schweregrad einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Allerdings ergäben sich teilweise Diskrepanzen zwischen den geklagten Beschwerden, den Einschränkungen und dem klinischen Bild. So präsentiere sich der Versicherte zwar sehr beeinträchtigt und signalisiere, dass er aufgrund seiner Beschwerden kaum Blickkontakt zu halten vermöge. Dagegen mache er während den Gesprächen situativ immer wieder einen sehr aufmerksamen, wachen Eindruck und nehme auch gezielt Blickkontakt auf. Dabei werde deutlich, dass seine Aufnahmefähigkeit nicht grundsätzlich eingeschränkt sei und keine erhebliche gedankliche Verlangsamung bestehe. In den wachen Momenten beantworte er die Fragen sehr schnell und zeige keine Auffassungsschwierigkeiten. Dies alles entspreche nicht dem Krankheitsbild einer schwergradig depressiven Person. Beim Versicherten entstehe immer wieder der Eindruck einer Verweigerungshaltung. Es sei bis anhin nicht gelungen, einen emotionalen Zugang zum Versicherten herzustellen, was sich nicht allein durch die depressive Symptomatik erklären lasse. Aufgrund der Mimik gäbe es Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz. Ob hierbei eine bewusstseinsnahe Aggravationstendenz vorliege, könne nicht zuverlässig beurteilt, aber auch nicht ausgeschlossen werden.

4.1 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. K.____ und Dr. C.____ vom 8. und 18. Juli 2011. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte aufgrund seiner psychischen Beeinträchtigungen seit März 2009 in seiner Arbeitsfähigkeit im Umfang von 40 % eingeschränkt sei. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 2.3 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 Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das bidisziplinäre Gutachten von Dr. K.____ und Dr. C.____ weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend.

4.2.1 An diesem Ergebnis ändern auch die von Dr. C.____ abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte der F.____, insbesondere diejenige von Dr. L.____, der behandelnden Ärzte der I.____, des Hausarztes sowie von Dr. D.____ nichts. Dr. L.____ stellte in ihrem Bericht vom 1. Dezember 2011 die Diagnose einer mittel- bis schwergradigen depressiven Störung und kam zum Schluss, dass der Versicherte deswegen vollständig in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. In ihrer Stellungnahme vom 7. Juni 2012 wich sie zwar von ihren gestell-

ten Diagnosen und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht ab, machte aber deutlich, dass sie Zweifel an ihrer Diagnose habe. So gebe es Hinweise im Verhalten des Versicherten, welche nicht mit den Symptomen des Krankheitsbildes einer mittel- bis schwergradigen Depression übereinstimmten. Sie bejahte das Vorliegen von Hinweisen auf eine Verdeutlichungstendenz und schloss eine Aggravationstendenz nicht aus. Dazu kommt, dass die behandelnden Ärzte der F.____ bei gleicher Diagnosestellung wie Dr. L.____ bereits im Mai 2011 Zweifel an der Diagnose einer Depression äusserten. So habe der Versicherte in Situationen, in welchen es darum gegangen sei, Vorteile für sich selbst zu erwirken, entgegen seinem sonstigen Verhalten grosse Ausdauer gezeigt. Aufgrund der von der behandelnden Ärzteschaft der F.____ geäusserten Zweifel an der von ihr gestellten Diagnose ist ihre Beurteilung nicht zuverlässig genug, um darauf abstellen zu können. Die Zuverlässigkeit der Diagnose einer mittel- bis schwergradigen Depression ist ausserdem - wie Dr. C.____ auch zutreffend darauf hinwies - in Anbetracht der Frequenz der therapeutischen Sitzungen in Frage zu stellen. Denn es ist davon auszugehen, dass bei schwerwiegenden psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen mehr als eine Sitzung alle drei Wochen notwendig wäre.

4.2.2 Ebenso wenig sind die Berichte der I.____ vom 29. Dezember 2010 und 1. Februar 2011 geeignet, an der ausschlaggebenden Beweiskraft des Gutachtens von Dr. C.____ zu zweifeln. Die zuständigen Ärzte begründen das Vorliegen einer schweren depressiven Erkrankung derart knapp, dass der Grad einer schweren Depression nicht nachvollzogen werden kann. Zu keinem anderen Schluss führen die Beurteilungen des Hausarztes Dr. J.____ und des Neurologen Dr. D.____. Dr. D.____ äusserte sich nicht und Dr. J.____ sehr vage und nicht detailliert zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten (vgl. Berichte von Dr. D.____ vom 11. September 2009 und von Dr. J.____ vom 24. November 2010). Ausserdem fällt die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten nicht in ihr Fachgebiet, weshalb ihre Berichte an der Massgeblichkeit des Gutachtens von Dr. C.____ nichts zu ändern vermögen. Dr. D.____ wies ausdrücklich darauf hin, dass er keine verlässlichen Aussagen über die psychischen Symptome machen könne.

4.3 Der Versicherte brachte weiter vor, dass sich die Beurteilung seiner psychischen Einschränkungen gemäss den Akten als äusserst schwierig erwiesen habe. Aufgrund der Komplexität seiner Symptome und der Tatsache, dass die Exploration durch Dr. C.____ mit Hilfe eines Dolmetschers zeitlich sehr aufwändig gewesen sei, reiche die Untersuchungsdauer von knapp zwei Stunden nicht aus, um seinen psychischen Gesundheitszustand zuverlässig beurteilen zu können. Mit diesem Einwand kann der Versicherte jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es ist zu berücksichtigen, dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Behandlung und die Anzahl der Untersuchungen ankommen kann. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. ULRICH MEYER-BLASER, Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 23 f.). Hinweise, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. C.____ vom 18. Juli 2011 sprechen, sind nicht ersichtlich. Die Beurteilung des Gutachters stützt sich nicht nur auf die persönliche Untersuchung des Versicherten. Er berücksichtigte zudem dessen Aussagen und setzte sich ausführlich damit auseinander. Dem Experten standen darüber hinaus

diverse, bisher zum psychischen Gesundheitszustand des Exploranden erstellte medizinische Akten zur Verfügung, die es ihm durchaus ermöglichten, eine nicht auf eine zweistündige Untersuchung beschränkte Beurteilung abzugeben. Für die Annahme, dass der zeitliche Untersuchungsaufwand von 2 Stunden der Fragestellung und der Pathologie nicht angemessen war, gibt es ebenso wenig konkrete Anhaltspunkte. Aufgrund der Ausführungen im Gutachten ist davon auszugehen, dass Dr. C._____ mit Hilfe des Dolmetschers die psychischen Beeinträchtigungen des Versicherten ohne grosse Mühe erfassen und einer Diagnose bzw. einer Differentialdiagnose zuordnen konnte. Schwierigkeiten ergaben sich lediglich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, welche jedoch nicht auf die Komplexität der Pathologie, sondern im Hinblick auf seine Differenzialdiagnose einer ausgeprägten Aggravationstendenz zurückzuführen sind. So ist aus seinen Äusserungen zu entnehmen, dass er aufgrund seiner differentialdiagnostischen Überlegungen zum Schluss kommen würde, dass der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit weit weniger als die attestierten 40 % eingeschränkt wäre.

4.4 Ferner bemängelte der Versicherte in somatischer Hinsicht, dass aufgrund der Akten nicht ersichtlich sei, ob die von Dr. D._____ vorgeschlagenen konkreten Untersuchungen zur Abklärung der Kopfschmerzen durchgeführt worden seien, weshalb noch Abklärungsbedarf bestehe. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der damalige Hausarzt Dr. E._____ aufgrund der Empfehlung von Dr. D._____, eine erweiterte Blutuntersuchung durchführte (vgl. Schreiben vom 15. Dezember 2009). Ausserdem beauftragte er das M._____ mit einer kardialen Abklärung (Bericht vom 14. Januar 2010) und das G._____ mit der Durchführung eines MRI des Schädels (vgl. Bericht vom 17. Dezember 2009). Da sämtliche Befunde negativ waren, erübrigten sich weitergehende Abklärungen.

4.5 Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes des Versicherten und den Einschränkungen im Erwerbsbereich zu, so kann auf die von ihm beantragte Anordnung eines Gerichtsgutachtens bzw. Rückweisung an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

5. Gemäss Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die IV-Stelle nahm in der angefochtenen Verfügung vom 9. Mai 2012 den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ermittelte sie anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) ein Valideneinkommen von Fr. 61'386.-- und ein Invalideneinkommen von Fr. 33'148.--. Aus der Gegenüberstellung der beiden Einkommen resultiert, so das Fazit der IV-Stelle, demnach ein Invaliditätsgrad von 46 %. Die konkrete Berechnung, die vom Versicherten nicht beanstandet wurde, erweist sich als rechters. Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 9. Mai 2012 verwiesen werden.

6. Es ist festzuhalten, dass die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 9. Mai 2012 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 46 % zu Recht eine Viertelsrente zusprach. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu überbinden sind. Dem Versicherten ist nun allerdings mit Verfügung vom 14. Juni 2012 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.

6.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Versicherten die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner Rechtsvertreterin bewilligt wurde, ist diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 1. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 180.-- pro Stunde. Die Rechtsvertreterin des Versicherten machte in ihrer Honorarnote vom 9. August 2012 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 10,5 Stunden geltend, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Dasselbe gilt für die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 162.--. Der Rechtsvertreterin ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'216.15 (10,5 Stunden à Fr. 180.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 162.-- + 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

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 gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'216.15 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet

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