

BL_GERICHTE 720 12 279 vom 1. März 2011

BL Gerichte, 2011-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_12_279

FR: BL_GERICHTE 720 12 279 du 1 mars 2011

IT: BL_GERICHTE 720 12 279 del 1 marzo 2011

Regeste

IV-Rente

Volltext

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 20. Dezember 2012 (720 12 279) Invalidenversicherung Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund psychischer Beeinträchtigungen Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler Parteien A. , Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Alex Hediger, Advokat, Freie Strasse 82, Postfach, 4010 Basel gegen IV-Stelle Basel-Landschaft , Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin Betreff IV-Rente A. Der 1959 geborene A. arbeitete vom 1. August 2007 bis 11. Februar 2009 als Bauarbeiter bzw. Kranführer bei der B. in X. . Am 17. Juli 2008 verletzte er sich bei seiner Arbeit auf der Baustelle am linken Mittelfinger. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erbrachte dafür die gesetzlichen Leistungen. Mit Gesuch vom 10. Dezember 2009 meldete sich A. unter Hinweis auf den Arbeitsunfall bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse des Versicherten erliess die IV-Stelle die Verfügung vom 1. März 2011, mit welcher sie den Anspruch von A. auf eine Invalidenrente ablehnte. Diese Verfügung hob die IV-Stelle am 28. Juli 2011 zwecks Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der C. in Wiedererwägung lite pendente auf. In der Folge wurde das Verfahren mit Beschluss der Präsidentin vom 5. August 2011 infolge Gegenstandslosigkeit abgeschlossen. B. Nach Vorliegen des Gutachtens der C. vom 24. April 2012 verfügte die IV-Stelle am 14. August 2012 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 28 % die Abweisung eines Rentenanspruchs von A. . Gegen diese Verfügung erhob A. , vertreten durch Advokat Dr. Alex Hediger, am 11. November 2012 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung mit Wirkung ab 1. Februar 2010 eine ganze Invalidenrente basierend auf einem mindestens 70%igen Invaliditätsgrad auszurichten. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen; unter o/e Kostenfolge. In der Begründung wurde insbesondere die Zuverlässigkeit des von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachtens der C. vom 24. April 2012 beanstandet. C. Mit Verfügung vom 13. September 2012 bewilligte das Kantonsgericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung. D. In ihrer Vernehmlassung vom 15. Oktober 2012 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Das Kantonsgericht zieht i n E r w ä g u n g : 1. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob der Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 1.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 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. 1.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 bewirken. Nicht als Auswirkungen einer krankhaften seelischen Verfassung und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden vermöchte, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt werden muss (BGE 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch 127 V 298 E. 4c in fine). Unter gewissen Umständen können auch somatoforme Schmerzstörungen eine Arbeitsunfähigkeit verursachen. Sie fallen unter die Kategorie der psychischen Leiden (BGE 127 V 298 ff. E. 4c und 5). 1.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 f. mit Hinweisen). Diese Grundsätze gelten auch für die zum gleichem Symptomenkomplex gehörenden Somatisierungsstörungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2009, 8C_348/2008, E. 3.1). 1.4 Bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes genügt die (rein) psychiatrische Erklärbarkeit der Schmerzsymptomatik allein nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen. Deshalb hat die begutachtende Fachperson der Psychiatrie im Rahmen der Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit und der Darlegungen zu den der versicherten Person noch zumutbaren Arbeitsleistungen die Aufgabe, durch die ihr zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten fachkundiger Exploration der Verwaltung (und im Streitfall dem Gericht) aufzuzeigen, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr - auch mit Blick auf die vorstehend genannten Kriterien -

erlauben, mit ihren Schmerzen umzugehen. Entscheidend ist, ob die betroffene Person, von ihrer psychischen Verfassung her besehen, objektiv die Möglichkeit hat, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4 und 2.2.5 mit weiteren Hinweisen).

1.5 Die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist. Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). 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).

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

1.7 Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich dabei die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Letzteres gilt namentlich dann, wenn die begutachtende Fachperson allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die rechtsanwendende Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt

aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 127 V 299 E. 5a; AHI 2000 S. 153 E. 3), und ob die von den Ärzten anerkannte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Unüberwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien geprüft wurde. 1.8 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

2.1. Den vorliegenden Akten ist zu entnehmen, dass sich der Versicherte am 17. Juli 2008 während der Arbeit beim Aufräumen der Baustelle die linke Hand zwischen einer Wand und Metallmörtelkisten einklemmte und sich dabei eine Kontusion am linken Mittelfinger zuzog. Eine darauffolgende neurologische Untersuchung ergab, dass er an einem leichtgradigen sensomotorischen Carpal-tunnelsyndrom (CTS) links und einem zervikalen myofaszialen Schmerzsyndrom links leide (vgl. Bericht von Dr. med. D., FMH Neurologie, vom 24. September 2008). Ab 3. November 2008 bestand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. ärztlicher Zwischenbericht von Dr. med. E., FMH Innere Medizin, vom 3. November 2008). Am 16. Februar 2009 meldete die Arbeitgeberin des Versicherten einen Rückfall an. Der behandelnde Arzt des F. schrieb den Versicherten aufgrund eines chronischen unspezifischen Schmerzes und eines sensomotorischen Hemisyndroms mit psychischen Verhaltensfaktoren (Differentialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung) vom 13. Februar 2009 bis 29. April 2009 zu 100 % und vom 30. April 2009 bis 14. Mai 2009 zu 50 % arbeitsunfähig (vgl. Bericht des F. vom 26. Juni 2009). Vom 2. bis 22. April 2009 befand sich der Versicherte zur stationären Rehabilitation im F. (vgl. Bericht des F. vom 13. Mai 2009). Dr. D. diagnostizierte nebst den bisher gestellten Diagnosen gemäss ihrem Bericht vom 24. September 2008 zusätzlich einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (vgl. Berichte von Dr. D. vom 17. Februar 2009 und 16. Juli 2009). Am 20. August 2009 erstattete Dr. med. G., FMH Rheumatologie, H., Bericht über den Gesundheitszustand des Versicherten. Danach leide der Versicherte an einem chronischen zephalozervikovertebragenen Schmerzsyndrom links, an einem chronischen lumbovertebragenen Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung ins linke Bein, an einer Schmerzsauweitung und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie an einem Quetschtrauma des linken Mittelfingers. Der Versicherte präsentiere sich mit einem chronischen Schmerzsyndrom, das die gesamte linke Körperhälfte einschliesse und deutliche somatoforme Züge tragen würde. Das im Herbst 2008 festgestellte CTS habe sich seit der letzten Messung im März 2009 normalisiert (vgl. auch Berichte von Dr. D. vom 3. März 2009 und Prof. Dr. med. I., FMH Chirurgie spez. Handchirurgie, H., vom 26. August 2009). Gestützt auf diese Diagnosen schrieb der Hausarzt Dr. med. J., FMH Allgemeine Innere Medizin, den Versicherten seit 1. Februar 2009 zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Berichte von Dr. J. vom 29. Juni 2009, 16. Oktober 2009, 15. Januar 2010 und 6. September 2010).

2.2. Im Auftrag des Krankenversicherers wurde der Versicherte am 27. April 2009 von Dr. med. K., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. L., FMH Psychiatrie

und Psychotherapie, begutachtet. In ihrem Gutachten vom 20. Oktober 2009 hielten die beiden Fachpersonen als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Bereich der linken Körperseite mit andauernden, starken und quälenden Schmerzen fest, welche somatisch nicht vollständig oder gar nicht erklärbar seien. Dazu bestehe aufgrund der Antriebsminderung, der ausgeprägten Schlafstörungen, der reduzierten Konzentrations- und Merkfähigkeit, der Verzweiflung und der Angst eine leichte depressive Störung mit somatischem Syndrom. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte derzeit zu 50 % arbeitsfähig. 2.3 Am 17./18. November 2009 erfolgte eine weitere Begutachtung im M. . Die Gutachter hielten als Diagnosen ein chronisches unspezifisches Schmerzsyndrom und ein regredientes Karpaltunnelsyndrom links fest. In der Beurteilung führten sie aus, dass es nach 1 1/2 Jahren seit dem Bagatelltrauma zu generalisierten Schmerzen im Bereich der linken Körperhälfte gekommen sei, die weder aus rheumatologischorthopädischer noch aus neurologischer Sicht erklärbar seien. Die klinische Untersuchung und die objektivierbaren radiologischen Befunde ergäben keine Hinweise für ein zervikookoder lumboradikuläres Geschehen oder ein Schulter- oder Armschmerzsyndrom. Aufgrund dieser chronifizierten Schmerzsituation werde der Versicherte psychiatrisch betreut. Anlässlich der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe sich der Versicherte nicht belasten lassen. Infolge dieser Selbstlimitierung könne die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nur medizinisch-theoretisch festgelegt werden. Da es sich dabei um eine körperlich schwere Arbeit handle und anzunehmen sei, dass er aufgrund des mehrmonatigen Arbeitsunterbruchs kräftemässig den Belastungsanforderungen nicht mehr gerecht werden könne, bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dagegen sei der Versicherte für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit aus orthopädischrheumatologischer Sicht vollständig arbeitsfähig. Es sei jedoch davon auszugehen, dass er in psychiatrischer Hinsicht zu 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. 2.4 Am 25. Februar 2010 berichtete Dr. med. N. , FMH Rheumatologie, H. , dass der Versicherte an einem linksseitigen Schmerzsyndrom und einer Hyposensibilität unklarer Ätiologie sowie an einem Status nach Trauma des Digitalis III PIP und des Mittelphalanx leide. Aufgrund des demonstrativen Verhaltens und der 5 positiven Waddell-Zeichen bestehe der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. 2.5 Die IV-Stelle beauftragte Dr. med. O. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit der psychiatrischen Begutachtung des Versicherten. Dieser konnte in seinem Gutachten vom 30. März 2010 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung und algogener Verstimmung beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor, da für diese Diagnosestellung beim Krankheitsausbruch psychische Stressfaktoren in der Kindheit und auslösende Konflikte und/oder psychosoziale Belastungsfaktoren vorhanden sein müssten. Beide Voraussetzungen seien beim Versicherten nicht gegeben. Dazu komme, dass die wichtigsten Foerster-Kriterien wie Komorbidität, primärer Krankheitsgewinn, chronische körperliche Begleiterkrankung und ein umfassender sozialer Rückzug nicht vorliegen würden. Die chronischen Schmerzen führten zu Depressivität, Missmut, Lustlosigkeit und Libidoverlust. Sie könnten als algogene Verstimmung bezeichnet werden und hätten den Charakter einer reaktiven Anpassungsstörung bei lang anhaltenden Schmerzen. Diese Symptomatik sei von einer depressiven Störung zu unterscheiden. Bei einer Depression müssten eine vitale Traurigkeit mit Suizidalität, eine Antriebsstörung oder ein zirkadianer Rhythmus nachweisbar sein, was hier aber nicht vorliege. Des Weiteren zeige der Serumspiegel, dass der Versicherte die Medikamente nicht regelmässig einnehme. Er

komme deshalb zum Schluss, dass der Versicherte an einer Schmerzverarbeitungsstörung leide, die nicht zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Es sei davon auszugehen, dass dem Versicherten trotz des subjektiven Schmerzerlebens eine Schmerzüberwindung zumindest für angepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar sei. 2.6 Am 7. April 2010 stellte die untersuchende Ärzteschaft des P. , als Diagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fest. Über den Umfang der Arbeitsfähigkeit äusserte sie sich nicht. 2.7 Dr. K. und Dr. L. diagnostizierten am 16. Juni 2010 in psychiatrischer Hinsicht nach Einsicht in das Gutachten von Dr. O. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine leichte depressive Störung mit somatischem Syndrom und psychosoziale Belastungsfaktoren, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflussten. Konzentration und Gedächtnis seien leicht reduziert. Im inhaltlichen Denken sei er auf die Schmerzsymptomatik eingeschränkt. Affektiv wirke er verunsichert und wegen unklarer Zukunftsaussichten ängstlich. Er sei hoffnungslos und psychomotorisch unruhig, habe Insuffizienzgefühle und der Antrieb sei verringert. Angesichts des bisherigen Verlaufs handle es sich um eine chronifizierte anhaltende Schmerzstörung. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe für die Tätigkeit als Hilfsarbeiter keine Arbeitsunfähigkeit. Dabei könne die depressive Verstimmung in Kombination mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung die Leistungsfähigkeit für eine begrenzte Zeit einschränken und unter Umständen vermehrte Pausen nötig machen. 2.8 Vom 26. August 2010 bis 1. September 2010 war der Versicherte wegen seiner Lungenerkrankung im Q. hospitalisiert. Als Hauptdiagnose wurde am 13. Oktober 2010 in pneumologischer Hinsicht eine basale Pneumonie beidseits festgehalten. Da der Versicherte an einem Husten mit Auswurf, Thoraxschmerzen und einer Erhöhung der Infektparameter gelitten habe, sei er stationär aufgenommen worden. Die CT-Untersuchung des Thorax habe pneumonieverdächtige Infiltrate der beiden abhängigen Unterlappenpartien ohne Hinweise für eine bronchopulmonale Neoplasie oder mediastinohiläre Lymphadenopathie gezeigt. Nach Vornahme der entsprechenden Therapiemassnahmen habe der Versicherte in einem gebesserten Allgemeinzustand entlassen werden können. 2.9.1. Gestützt auf diese medizinische Aktenlage verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 1. März 2011 einen Rentenanspruch des Versicherten. Dagegen erhob der Versicherte Beschwerde. Da der Hausarzt Dr. J. mit Schreiben vom 11. März 2011 und Dr. med. R. , FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 12. Oktober 2010 bestätigten, dass der Versicherte an einer mittel- bis schwergradigen chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) leide, zog die IV-Stelle die angefochtene Verfügung lite pendente in Wiedererwägung. In der Folge beauftragte sie die C. mit der Begutachtung des Versicherten. Dabei wurde er internistisch, psychiatrisch, orthopädisch und pneumologisch untersucht. Im Gutachten vom 17. April 2012 hielten die Experten der C. als Diagnosen ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik und eine COPD fest. In der Konsensbeurteilung kamen sie zum Schluss, dass der Versicherte schwere Tätigkeiten nicht mehr ausführen könne. Für körperlich leichte und mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestehe dagegen eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. 2.9.2. Der begutachtende Psychiater Dr. med. S. konnte keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Die Schmerzverarbeitungsstörung habe keinen Einfluss darauf. Eine psychiatrische Komorbidität und ein ausgeprägter sozialer Rückzug lägen nicht vor. Ebenso wenig seien schwere lebensgeschichtliche Belastungen oder ein primärer Krankheitsgewinn vorhanden. Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlten. Dass alle therapeutischen Behandlungen gescheitert seien, hänge wesentlich mit der ausgeprägten

subjektiven Krankheitsüberzeugung und der geringen Motivation des Versicherten zusammen, sich aktiv um die Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Aus psychiatrischer Sicht könne dem Versicherten zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Eine depressive Störung liege nicht vor, weil es keine Hinweise auf Antriebs- und Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmungen, einen sozialen Rückzug, Minderwertigkeitsgefühle oder einen "Lebensverleider" gebe.

2.9.3 Der Orthopäde Dr. med. T. hielt in seiner Beurteilung fest, dass der Versicherte ein groteskes, nicht imitierbares linksseitiges Hinken demonstrierte. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe infolge Gegenspannung eine praktisch aufgehobene Beweglichkeit bestanden, was in einem erheblichen Gegensatz zur freien Beweglichkeit ausserhalb der Untersuchungssituation stehe. Auch bei der Prüfung der linken oberen und unteren Extremität klagte er über eine andauernde, diffuse Schmerzhaftigkeit, während rechts keine Einschränkungen vorlägen. Während die Umfangmessung an der linken unteren Extremität eine geringe Atrophie aufweise, seien an den oberen Extremitäten keine objektiven Hinweise für eine länger andauernde Schonung vorhanden. Sämtliche Waddell-Zeichen seien positiv. Auf radiologischer Ebene beständen nur auf der Höhe L2/3 und L5/S1 breitbasige Diskusprotrusionen. Die Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule und der Hände zeigten unauffällige Verhältnisse. Damit seien die diffusen Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht erklärbar. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen bestehe für jede körperlich schwere Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege jedoch eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Dabei sollte das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 25 kg vermieden werden.

2.9.4 Anlässlich der pneumologischer Untersuchung stellte Dr. med. U. , FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, fest, dass der klinisch cardiopulmonale Befund unauffällig gewesen sei. Bei der Vornahme der Bodyplethysmographie habe sich eine eingeschränkte Kooperationsfähigkeit gezeigt. Trotz wiederholter Lungenfunktionen sei kein adäquates Manöver reproduzierbar gewesen. Bei der Messung der weitgehend kooperationsunabhängigen Atemwegswiderständen seien nur leicht erhöhte Werte feststellbar gewesen. Objektivierbar seien damit eine leichte obstruktive Ventilationsstörung bei COPD und langjähriger Nikotinabusus. Da das aktuelle Thoraxröntgen keine signifikante Veränderung zu den Vorbefunden und die Computertomographie von Oktober 2010 keine relevanten Lungenpathologien aufwiesen, bestehe aus pulmonaler Sicht einzig für schwere körperliche Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten sei der Versicherte vollständig arbeitsfähig.

3.1. Nach Würdigung der vorhandenen medizinischen Aktenlage ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle gestützt auf die Stellungnahmen von Dr. med. V. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. April 2012 und 4. Mai 2012 auf die Ergebnisse abstellte, zu denen die Gutachter des C. vom 17. April 2012 gelangten. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 1.5 hiervoor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen keine vor. Die Gutachter der C. haben den Versicherten eingehend und umfassend untersucht, sie gehen in ihren

ausführlichen Fachgutachten einlässlich auf dessen Beschwerden ein, sie setzen sich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und sie vermitteln so ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten. Zudem leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es enthält überzeugende Schlussfolgerungen. 3.2. Was der Versicherte vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens der C. in Frage zu stellen. Er macht geltend, dass die Psychologinnen des P. sowie Dr. K. und Dr. L. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Krankheitswert diagnostizierten. Da gemäss Dres. K. und L. gleichzeitig eine leichte depressive Störung mit somatischem Syndrom vorliege, sei die psychische Komorbidität entgegen der Annahme der Gutachter der C. gegeben. Dies lasse sich ausserdem auch dem Bericht von Dr. N. vom 25. Februar 2010 entnehmen. In Bezug auf die Beurteilung von Dr. N. ist zu bemerken, dass sie die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht stellte, sondern diesbezüglich lediglich einen solchen - wenn auch dringenden - Verdacht äusserte. Dazu kommt, dass eine psychiatrische Beurteilung der somatoformen Schmerzstörung nicht in ihr Fachgebiet fällt, weshalb ihrer Beurteilung diesbezüglich keine massgebende Beweiskraft zugemessen werden kann. Hinsichtlich der Beurteilung der Dres. K. und L. ist darauf hinzuweisen, dass gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine leichte depressive Episode praxisgemäss keine Invalidity im Rechtssinne zu begründen bzw. die ausnahmsweise fehlende willentliche Unüberwindbarkeit zu rechtfertigen vermögen (vgl. vorstehende Erwägung 1.3 und Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2009, 8C_285/2009, E. 3.2.2). Damit erübrigt es sich, auf die Frage einzugehen, ob entgegen der Beurteilung von Dr. S. vorliegend eine leichte depressive Störung vorliegt. Selbst wenn eine depressive Diagnose zu diagnostizieren wäre, sind die zur Annahme einer Unüberwindbarkeit der Schmerzen massgebenden Kriterien nicht erfüllt. Dr. S. zeigte nachvollziehbar auf, dass keine Indizien für einen deutlichen sozialen Rückzug und keine Anhaltspunkte dafür vorlägen, dass die Schmerzen ausgeprägte, die zumutbare Willensanstrengung negativ beeinflussende psychische Belastungssituation verursachen. Es bestehe zudem kein Grund zur Annahme von unbewussten Konflikten oder eines ausgeprägten, therapeutisch nicht mehr angehbaren primären Krankheitsgewinns. Schliesslich seien die unbefriedigenden Ergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen auf die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung zurückzuführen, welcher jedoch kein Krankheitswert zukomme (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2009, 8C_286/2009, E. 3.3.2). Gestützt auf die medizinische Aktenlage ist deshalb davon auszugehen, dass keine Faktoren gegeben sind, welche den Schluss gestatteten, die Schmerzstörung sei nicht überwindbar. 3.3.1. Der Versicherte bemängelt weiter, aufgrund des Abhängigkeitsverhältnisses zur IV-Stelle würde es an der notwendigen Objektivität der Gutachter der C. fehlen. In diesem Zusammenhang verwies die IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung zu Recht auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit für die IV-Stelle keine Befangenheit der betreffenden Gutachter begründe (vgl. Erwägung 4d der Vernehmlassung vom 15. Oktober 2012). Indizien, dass die Experten der C. die Begutachtung nicht fachkorrekt und neutral vornahmen, gibt es nicht. Andere, abweichende medizinische Beurteilungen vermögen die Objektivität der Gutachter der C. nicht in Frage zu stellen. Dazu kommt, dass aus psychiatrischer Sicht Dr. O. und selbst Dr. K. und Dr. L. in ihrer letzten Beurteilung vom 7. April 2010 der Ansicht sind, dass der Versicherte eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % ausführen könne. Hinsichtlich der Auswirkungen des chronischen panvertebralen

Schmerzsyndroms auf die Arbeitsfähigkeit liegen keine fachärztlichen Berichte vor, welche der Einschätzung der Gutachter der C. widersprechen. Solche Widersprüche werden vom Versicherten auch nicht konkret geltend gemacht.

3.3.2. Was die diagnostizierte COPD betrifft, fällt auf, dass eine pneumologische Untersuchung sowohl bei Dr. R. als auch beim Gutachter Dr. U. mangels Kooperationsbereitschaft des Versicherten äusserst erschwert war. Dr. R. führte denn auch in seinem Bericht vom 12. Oktober 2012 auf, dass er zwar aufgrund der Bodyplethysmographie Hinweise auf eine obstruktive Ventilationsstörung habe feststellen können, den Schweregrad aber wegen der ungenügenden Kooperation nicht genau habe bestimmen können. Dr. U. gelangte wie bereits Dr. R. nach Durchführung einer Bodyplethysmographie zum Schluss, dass lediglich eine obstruktive Ventilationsstörung objektiviert werden könne. Gestützt auf diesen Befund kam er übereinstimmend mit Dr. R. zur pneumologischen Diagnose einer COPD. Während sich Dr. R. nicht zum Umfang der Arbeitsfähigkeit äusserte, stellte sich Dr. U. überzeugend auf den Standpunkt, dass der Versicherte aufgrund der COPD nur in der Ausführung von schweren körperlichen Arbeiten in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Aus der von Dr. R. vorgenommenen Stadieneinteilung können keine Rückschlüsse auf den Umfang der Arbeitsfähigkeit gemacht werden; zumal COPD GOLD Stadium II und III grundsätzlich nicht gegen eine Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit sprechen.

3.4 Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu, so kann auf die beantragte Anordnung von weiteren 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).

3.5 Es ist somit festzuhalten, dass es dem Versicherten gestützt auf das Gutachten der C. vom 17. April 2012 zumutbar ist, eine körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeit zu 100 % auszuführen.

4. Gemäss Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Erwägung 1.7). Die IV-Stelle nahm in der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2012 den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ermittelte sie anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) ein Valideneinkommen von Fr. 76'700.-- und ein Invalideneinkommen von Fr. 55'048.--. Aus der Gegenüberstellung der beiden Einkommen resultiert, demnach ein Invaliditätsgrad von 28 %. Die konkrete Berechnung, die vom Versicherten nicht beanstandet wurde, erweist sich grundsätzlich als rechens. Einzig zu beanstanden ist die fehlende Anpassung der Vergleichseinkommen an die bis 2010 erfolgte Nominallohnentwicklung. Eine entsprechende Korrektur begründet jedoch keinen Rentenanspruch, weshalb nicht weiter darauf eingegangen wird. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

5.1 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. 600.-- 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 die Verfahrenskosten ihm zu überbinden sind. Dem Versicherten ist nun allerdings mit Verfügung vom 13. September 2012 die

unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse. 5.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Versicherten die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt wurde, ist dieser für seine 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. Der Rechtsvertreter des Versicherten machte in seiner Honorarnote vom 8. November 2012 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 10,34 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. 203.50. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'229.90 (10.34 Stunden à Fr. 180.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 203.50.-- + 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 dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'229.90 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.