

BL_GERICHTE 720 2011 171 vom 30. August 2012

BL Gerichte, 2012-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2011_171

FR: BL_GERICHTE 720 2011 171 du 30 août 2012

IT: BL_GERICHTE 720 2011 171 del 30 agosto 2012

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Vorliegend ist strittig und zu prüfen, ob der Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 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. 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).

E. 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).

E. 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.

E. 1.4

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).

E. 2

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

E. 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).

E. 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).

E. 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. Bei der Beurteilung der Frage, ob und allenfalls in welchem Umfang bei einer versicherten Person eine Arbeitsunfähigkeit besteht beziehungsweise wie die verbleibende Arbeitsfähigkeit verwertet werden kann, sind die Gerichte regelmässig auf entsprechende fachärztliche Einschätzungen und Stellungnahmen angewiesen. 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).

E. 2.4

Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So führte das Bundesgericht zu den Gerichtsgutachten aus, dass das Gericht "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten abweicht, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 118 V 290 E. 1b, 112 V 32 f. mit Hinweisen). 3.1. Im Beschluss vom 27. Oktober 2011 hielt das Kantonsgericht fest, dass gestützt auf das nachvollziehbare und schlüssige Fachgutachten von Dr. med. G., FMH Neurologie, vom 2. Februar 2010 aus neurologischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit beständen. Diese Beurteilung wird von den Parteien im vorliegenden Verfahren nicht bestritten, weshalb in somatischer Hinsicht

auf das Fachgutachten von Dr. G. abzustellen ist. Uneinigkeit besteht dagegen bezüglich der Auswirkungen der psychischen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand ist von folgendem medizinischen Sachverhalt auszugehen: 3.2 In den Akten liegt eine Bagatell-Unfallmeldung vom 21. Oktober 2004 bzw. 1. März 2005 vor, wonach sich der Versicherte am 22. August 2004 in einer Telefonkabine mit einer Kanüle einer süchtigen Person in den Finger gestochen habe. Die Erstbehandlung erfolgte im H. . Der behandelnde Arzt stellte eine kleine leicht blutende Stichverletzung am rechten Mittelfinger fest (vgl. Arztzeugnis UVG vom 4. Mai 2005). Die Blutuntersuchungen in Bezug auf HIV, Hepatitis B und C fielen negativ aus. Dem Bericht des Hausarztes Dr. F. vom 9. Dezember 2006 zufolge habe sich der Versicherte am 22. August 2004 beim Joggen mit einer herumliegenden Nadel in den Finger gestochen. Diese Verletzung habe zu grossen Ängsten, Schlaflosigkeit, Nervosität, Herzklopfen, Schweissausbrüchen, Müdigkeit, Lustlosigkeit, Potenzstörungen und starke Gespanntheit geführt. Daraus habe sich eine depressive Verstimmung entwickelt (vgl. auch Bericht vom 10. Juni 2006). Aufgrund der zunehmend psychischen und psychosomatischen Beschwerden überwiesen die behandelnden Ärzte der Abteilung für Infektiologie des H. den Versicherten an die I. . Im Bericht der I. vom 2. Februar 2005 wurde eine mittelgradige depressive Episode mit Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung als Diagnose und als Differentialdiagnose eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion aufgeführt (vgl. auch Bericht der I. vom 30. März 2005). Da es im Laufe der ambulanten Behandlung in den I. zu keiner Besserung kam, veranlasste diese einen stationären Aufenthalt in der J. , wo sich der Versicherte vom 26. April 2005 bis 5. Juli 2005 aufhielt (vgl. Therapieverlaufs- und Abschlussbericht vom 22. August 2008). Gemäss Austrittsbericht der J. vom 16. August 2005 sei der Auslöser der psychischen Krise das am 16. August 2004 erfolgte Stechen mit zwei Spritzen in einer Telefonkabine gewesen. Als Diagnosen wurde eine posttraumatische Belastungsstörung mit depressiver Symptomatik und "deutlich überwertigen Ideen" festgehalten. Vom 24. August 2005 bis 1. Mai 2006 stand der Versicherte in der K. in X. in ambulanter Behandlung. Im Abschlussbericht vom 4. Mai 2006 hielt Dr. med. L. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände und eine atypische familiäre Situation fest. Sie wies darauf hin, dass das Ausmass und die Intensität der angegebenen Beschwerden zum grossen Teil nicht nachvollziehbar und erklärbar seien. Es stelle sich die Frage der Medikamentencompliance, weshalb sie einen stationären Aufenthalt vorgeschlagen habe, dieser jedoch vom Versicherten abgelehnt worden sei. 3.3 Seit dem 16. Mai 2006 ist der Versicherte mit einer Kadenz von 3 - 4 Wochen in Behandlung bei Prof. E. . Dieser führte in seinem Bericht vom 6. März 2007 aus, dass der Versicherte seit dem Nadelstich beim Joggen an grossen Ängsten mit Schweissausbrüchen, Schlaflosigkeit und Potenzstörungen leide. Der Versicherte meine, dass seine Ehefrau, die ihn inzwischen verlassen habe, ihn umbringen wolle. In Übereinstimmung mit der J. stellte er aufgrund der Verfolgungs- und Wahnideen des Versicherten die Diagnose einer schizodepressiven Störung. Am 3. November 2008 berichtete Prof. E. , dass der Versicherte sehr ängstlich sei. Er habe weite Pupillen, klage über innere Stimmen und wähne sich von Männern verfolgt, die seine Frau mit seiner Ermordung beauftragt habe. Er vermöge deswegen kaum mehr zu schlafen und wage sich nicht alleine auf die Strasse. Gemäss Prof. E. leide der Versicherte an einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen. Der Versicherte sei psychisch schwer krank. Durch seine Vereinsamung werde er noch mehr in seine Ängste getrieben. Sollte er aus der Schweiz ausreisen müssen, sei Suizid nicht auszuschliessen. 3.4

Im Auftrag des Amtes für Migration Baselland äusserte sich Dr. phil. M. , diplomierte Psychologin, im Juni 2008 über den psychischen Gesundheitszustand des Versicherten. Er bestätigte die von Prof. E. gestellte Diagnose einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen. Der Versicherte sei sichtlich verängstigt und habe mit seinen Verfolgungsideen zu kämpfen. Er sei durch die Schlafstörungen mit Aufschrecken in der Nacht stark beeinträchtigt. Zudem lebe er sozial ziemlich isoliert. Kollegen würden ihn gelegentlich mit Lebensmitteln versorgen und ihn zu den Gesprächsterminen bei Prof. E. begleiten.

3.5.1. Die IV-Stelle beauftragte die C. mit der Begutachtung des Versicherten. Gemäss Gutachten vom 2. Februar 2010 konnten die Experten der C. aufgrund einer psychiatrischen, neurologischen und allgemeininternistischen Untersuchung keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen. In der psychiatrischen Beurteilung wies Dr. med. N. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, darauf hin, dass der Versicherte auffallend über eine gute Realitätsorientierung verfüge und ein adäquates Auftreten und Verhalten aufweise, was aber nicht zu einer Störung schizophrener Ursprungs passe. Das Denken sei keineswegs zerfahren und eine wirklich psychotische Episode habe von niemandem beobachtet werden können. Die Symptome beruhten auf subjektiven anamnestischen Angaben des Versicherten. Eine an Schizophrenie erkrankte Person würde Halluzinationen nicht ertragen können, verzweifeln und dekompensieren. Das Vorliegen einer Störung psychotischen Ursprungs könne deshalb nicht bestätigt werden. Eine depressive Störung sei zu verneinen, da ein niedergedrückter Affekt, eine vitale Traurigkeit oder eine Antriebsstörung nicht feststellbar seien. Es fehlten Anhaltspunkte für eine objektivierbare Suizidalität. Einer schwer depressiven Person sei es auch nicht möglich, selbstständig zu leben und den Haushalt weitgehend selbst zu erledigen, wie es der Versicherte tue. Lediglich die vom Versicherten geschilderte Angst sei nachvollziehbar, weshalb er eine generalisierte Angststörung mit Pseudohalluzinationen diagnostizierte. Da jedoch viele Ungereimtheiten vorlägen, würde diese Störung zu den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnet werden. In der Gesamtkonklusion wurde dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestiert.

3.5.2. In seiner Stellungnahme vom 29. April 2010 führte Prof. E. aus, dass er den Schlussfolgerungen und der Diagnosen der Gutachter der C. nicht folgen könne. Bereits die behandelnden Ärzte der J. hätten in ihrer Diagnosestellung "überwertige Ideen" festgehalten. Entgegen der Ansicht der Experten der C. könne aus den Angaben des Versicherten über seine Medikamenteneinnahme nichts zu dessen Ungunsten abgeleitet werden. Es komme oft vor, dass an Schizophrenie erkrankte Leute Medikamente nicht einnehmen würden. Dass seine Sinnestäuschungen Pseudohalluzinationen darstellen sollten, sei eine gewagte Aussage, zumal schizophrene Personen nicht selten gefährliche Szenen halluzinierten. Sein autistisches Leben sei typisch für das Krankheitsbild. Er halte daran fest, dass der Versicherte psychisch schwer krank sei. Die chronifizierte schizodepressive Psychose führe zu einem mangelnden Realitätsbezug. Der Versicherte sei deshalb nicht mehr arbeitsfähig. Dieser Beurteilung schloss sich Dr. F. mit Bericht vom 2. Mai 2010 und 23. August 2010 an.

3.5.5 Dr. med. O. , FMH Hämatologie und Allgemeine Innere Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), stellte in seiner Beurteilung vom 12. Juli 2010 unter Hinweis auf die psychiatrische Stellungnahme von pract. med. P. , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass aufgrund der medizinischen Dokumentation nicht von einer schizophrenen Störung ausgegangen werden könne. Vielmehr liege eine reaktive psychische Störung vor, welche -wenn überhaupt - höchstens zu einer Teilarbeitsunfähigkeit führen könne. Da eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch

objektive Störungen des Gesundheitszustandes zu begründen sei, reichten dafür die weitgehend auf den subjektiven Angaben des Versicherten beruhenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte nicht aus. 3.5.6 Mit Schreiben vom 2. August 2010 kritisierte Prof. E. die Beurteilungen des RAD und der Experten der C. . Er hielt daran fest, dass die Begründung der Gutachter der C. , weshalb der Versicherten nicht an einer schizophrenen Erkrankung leide, sehr gewagt sei und vorliegend nicht zutreffen würde. Zudem widerlegte er in mehreren Punkten die Ausführungen des Facharztes pract. med. P. . Dazu nahm pract. med. P. am 11. Oktober 2010 Stellung und hielt an seinen bisherigen Ausführungen in seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2010 fest. 3.6.1. Da aufgrund der Akten eine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts nicht möglich war, beauftragte das Kantonsgericht Dr. D. mit der Begutachtung des Versicherten. Dr. D. konnte in ihrem psychiatrischen Fachgutachten vom 13. März 2012 keine psychiatrische Erkrankung diagnostizieren. In ihrem psychopathologischen Befund hielt sie fest, dass der Versicherte bewusstseinsklar und die Orientierung intakt gewesen sei. Psychomotorisch sei er ruhig. Er berichte freundlich und ohne Zeichen von Ängstlichkeit oder Misstrauen. Der Gedankengang sei klar und formell unauffällig, insbesondere nicht verlangsamte, sprunghaft, assoziativ gelockert oder zerfahren. Es habe ihm keine ersichtlichen Schwierigkeiten bereitet, während insgesamt vier Stunden ruhig auf dem Stuhl zu sitzen. Zu Beginn der Untersuchung habe er sich hilflos gezeigt. Während der Schilderung der Schmerzen habe er eine schmerzverzerrte Miene gehabt und seine Ausdrucksweise sei weinerlich gewesen. Inhaltlich sei eine deutliche Einengung auf eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung festzustellen. Er gebe verschiedene Ängste an, ohne dass dabei eine dazu passende Ängstlichkeit oder emotionale Beteiligung beobachtet werden können. Kognitiv ergebe sich kein Hinweis auf signifikante Defizite. Er sei in der Lage, seine biografische Anamnese chronologisch geordnet zu berichten sowie seine zahlreichen Medikamente einschliesslich Indikationen auswendig aufzulisten. Er erinnere sich an sämtliche Namen der behandelnden Ärzte. Im Gegensatz dazu gebe er punktuelle Wissenslücken und/oder Nichtverstehen an. Gegen Ende der vierstündigen Exploration habe sich keine nachlassende Aufmerksamkeit feststellen lassen. Hinweise auf das Vorliegen von psychotischen Symptomen wie Wahninhalte, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen lägen keine vor. Während der Untersuchung habe er angegeben, dass er Stimmen höre und einen schwarzen Mann sehe. Eine Negativsymptomatik wie eine Antriebsminderung oder affektive Verflachung sei nicht zu beobachten. Affektiv sei er ausgeglichen mit leicht eingeengter Schwingungsfähigkeit. Die Mimik sei lebhaft. Gegenwärtige Suizidgedanken würden verneint. In der diagnostischen Begründung wies Dr. D. auf die zahlreichen Widersprüche und Unstimmigkeiten hin. So habe der in sämtlichen versicherungsrechtlichen Angelegenheiten gut informierte Versicherte zuerst nicht gewusst, ob er mehr als einmal verheiratet gewesen sei. Erst auf Konfrontation mit entsprechenden Dokumenten habe er eine zweite Heirat eingeräumt. In Bezug auf die Umstände der Aufgabe des eigenen Restaurationsbetriebes in Y. habe er unstimmgemäße Angaben gemacht. Einmal sei er hoch verschuldet gewesen, weil seine Landsleute ihn "reingelegt" hätten. Dann habe ihm die Konzessionsinhaberin, mit welcher er verheiratet gewesen sei, Schwierigkeiten bereitet. Zum Schluss sei er sich nicht sicher gewesen, ob er Schulden in Y. habe. Des Weiteren sage er, dass er vor dem Unfall mit einer Injektionsnadel eine "gute Arbeit bei einer guten Firma" gehabt habe. Wenig später sei der Auftraggeber ein "schlimmer Mensch" gewesen. Bezüglich des Hergangs der Stichverletzung mit der Nadel gebe es verschiedene Versionen. Einmal sei er beim Joggen

mit einer herumliegenden Nadel in Kontakt gekommen, einmal habe er sich in einer Telefonzelle bei der Herausnahme des Wechselgeldes durch zwei Spritzenkanülen verletzt. Dr. D. listete weitere Widersprüche auf wie z.B. in Bezug auf den Autokauf im März 2006, der Begleitumstände des Auffahrunfalls vom 10. März 2006 und die Unterhaltszahlungen für seine beiden Kinder in Z. . Ausserdem falle auf, dass sich der Versicherte bei der Untersuchung darüber beklage, seit fünf oder sechs Jahren oder noch länger nicht mehr in seiner Heimat bei seiner Mutter gewesen zu sein. In den medizinischen Akten sei dagegen zu lesen, dass der Versicherte im September 2009 kurzfristig nach Z. habe reisen müssen. Zu diesem Zeitpunkt habe der behandelnde Psychiater den Versicherten jedoch als einen schwer kranken bzw. schwer depressiven, von mannigfaltigen Ängsten geplagten Mann ohne Realitätsbezug beschrieben, welcher sich infolge seiner Schmerzen kaum bewegen, nicht lange sitzen oder gehen könne. Die Fülle dieser Inkohärenzen und das ausgeprägte selbstlimitierende Verhalten des Versicherten seien nicht durch eine psychiatrische Störung erklärbar. Die unterschiedlichen Beschwerdekompexe wie frühere Nachhallerinnerungen, Ängste, depressive Symptome, Schmerzen, Schwindel, angebliches Stimmenhören und optische Halluzinationen könnten nicht unter einer einzigen psychiatrischen Diagnose subsumiert werden. Das Vorkommen von solchen zahlreichen Symptomen aus ganz unterschiedlichen Krankheitsentitäten sei äusserst ungewöhnlich und auch durch eine mögliche mehrfache psychiatrische Komorbidität nicht zu erklären. Aufgrund der zahlreichen Widersprüche müssten vielmehr die Angaben des Versicherten in Frage gestellt werden. Es könne deshalb bei der diagnostischen Beurteilung und derjenigen der Arbeitsfähigkeit nicht auf die subjektiven Angaben des Versicherten abgestellt werden. Objektivierbare Beeinträchtigungen lägen nicht vor. In der Gesamtschau dränge sich der Eindruck auf, dass der Versicherte eine Krankenrolle einnehme, um einen sekundären Krankheitsgewinn (Invalidenrente, Schadenersatzforderung gegenüber Unfallversicherer, Aufenthaltsbewilligung, offene Unterhaltszahlungen) zu erreichen. Durch das fortgesetzte selbstlimitierende, dysfunktionale Verhalten sei es zu einer gewissen Regression auf der psychischen Ebene und einer Dekonditionierung auf der somatischen Ebene gekommen. Hierbei handle es sich jedoch nicht um psychische Störungen mit Krankheitswert. Das Vorliegen eines möglichen, ursprünglich primären Krankheitsgewinns, d.h. die Entwicklung von Krankheitssymptomen zur innerpsychischen Entlastung im Rahmen einer Konfliktsituation, könne nicht ganz ausgeschlossen werden, sei aufgrund der widersprüchlichen Angaben jedoch retrospektiv nicht mehr beurteilbar. Dazu komme, dass insgesamt sechs behandelnde und/oder begutachtende psychiatrische Fachpersonen erhebliche Zweifel an den Angaben des Versicherten geäussert hätten. Die Differentialdiagnosen wie Anpassungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, gegenwärtige depressive Episoden, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, hirnorganisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma oder generalisierte Angststörungen könnten nicht bestätigt werden. Entweder fehle es an einer entsprechenden klinischen Symptomatik oder diese sei nicht ausreichend, um die diagnostischen Kriterien zu erfüllen. Frühere depressive Episoden seien zwar nicht auszuschliessen. Gegenwärtig lasse sich aber keine klinisch manifeste depressive Symptomatik feststellen. In der biografischen Anamnese würden sich mögliche Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge oder eine Persönlichkeitsstörung (sehr enge Beziehung zur Mutter, Zusammenleben mit ihr bis ins hohe Erwachsenenalter, wiederholte Stellenwechsel und Konflikte am Arbeitsplatz, Beziehungskonflikte etc.) ergeben.

Angesichts des Zustandbildes und der zahl- reichen Widersprüche sei eine Beurteilung der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten nicht mehr möglich. Aufgrund ihrer Befunde könne sie deshalb keine psychiatrische Störung diagnostizieren, weshalb dem Versicherten eine Beeinträchtigung in der Arbeitsfähigkeit nicht attestiert werden könne. 3.6.2. Am 5. April 2012 nahm Prof. E. und am 23. April 2012 Dr. F. Stellung zum Gutachten von Dr. D. . Prof. E. wies darauf hin, dass der Versicherte nicht wie ein unauffälliger Mensch wirke. Er friste ein eintöniges Leben, das insbesondere durch mannigfaltige Ängste gekennzeichnet sei. Eine schwere Verängstigung bestehe insbesondere in Bezug auf eine erzwungene Rückkehr nach Z. . Er habe den Kontakt zu seinem Heimatland verloren und er fühle sich hier bis zu einem gewissen Grad trotz seiner Ängste geschützt. Das Ausmass des Meidens von Sozialkontakten würde erkennen lassen, dass beim Versicherten zumindest eine schwere Persönlichkeitsstörung vorliege. Die im DSM-IV und ICD-10 aufgeführten Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung kämen den Psychosen, an welcher der Versicherte leide, sehr nahe. Er betrachte deshalb den Versicherten als psychisch sehr krank und er könne kaum in eine berufliche Tätigkeit eingegliedert werden. Auch Dr. F. konnte sich der Beurteilung von Dr. D. nicht anschliessen. Der Versicherte hinterlasse bei ihm den Eindruck eines mittelschwer depressiven Menschen mit starken Ängsten und Schlaflosigkeit. Dazu weise er eine ausgeprägte vegetative Komponente mit Schweissausbrüchen, hohen Blutdruckwerten unter Belastung, ausgeprägter Müdigkeit und Leistungsschwäche auf. 4.1. Das Gutachten von Dr. D. vom 13. März 2012 erfüllt - entgegen der Ansicht des Versicherten - sämtliche rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein Gutachten. Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 2.3 hiervor) - 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. Es enthält eine ausführliche Darlegung und eingehende Würdigung der medizinischen Aktenlage. Dr. D. setzte sich mit den divergierenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen auseinander und legte schlüssig dar, weshalb auf die entsprechenden Einschätzungen nicht abgestellt werden kann. So erklärte sie, dass sich Dr. F. lediglich an den subjektiven Angaben des Versicherten orientiert habe. Die zahlreichen Widersprüche in den Aussagen des Versicherten seien ihm nicht bekannt gewesen, da ihm die entsprechenden Unterlagen nicht zur Verfügung gestanden hätten und ihm die fremdanamnestic Angaben nicht bekannt gewesen seien. Ausserdem fällt eine psychiatrische Beurteilung nicht in sein Fachgebiet, weshalb seine Berichte an der Massgeblichkeit des Gutachtens von Dr. D. nichts zu ändern vermögen. In Bezug auf die Beurteilung von Prof. E. führte Dr. D. an, dass er sich ebenfalls auf die Aussagen des Versicherten stütze, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Zu Recht stellte sie fest, dass in seinen Berichten ein psychopathologischer Befund und eine Begründung seiner Diagnosen fehlten und er sich mit den abweichenden diagnostischen Einschätzungen von Dr. L. nicht auseinandersetze. Zur von Prof. E. gestellten Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erläuterte sie nachvollziehbar, weshalb eine solche nicht vorliegen könne. Für eine solche Diagnosestellung müsse für die vom Versicherten geschilderten Phänomene, wie Stimmen hören und nachts einen schwarzen Mann sehen, eine affektive Beteiligung vorliegen. Der Versicherte habe aber während der Untersuchung mehrfach unvermittelt auf seine angegebenen Wahrnehmungsstörungen zurückkommen können und anschliessend den Gesprächsfaden mühelos wieder aufgreifen können. Er habe

seine Wahrnehmungsstörungen als isolierte Phänomene schildern können, was nicht zum Krankheitsbild der Schizophrenie passe. Zudem seien optische Halluzinationen bei schizophrenen Erkrankungen äusserst selten. Dazu sei das Vorliegen einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis zu verneinen, da es an kognitiven Defiziten oder Persönlichkeitsveränderungen, einer affektiven Verflachung oder einer Antriebsminderung sowie an einer Besserung der Symptomatik durch Neuroleptika fehlen würde. Ausserdem manifestiere sich eine schizophrene Psychose nur selten nach dem 40. Lebensjahr. Diese überzeugenden Ausführungen von Dr. D. vermögen an der Einschätzung von Prof. E. Zweifel zu erwecken, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Da keine zwingenden Gründe zu erblicken sind, von den Schlussfolgerungen von Dr. D. abzuweichen, kommt dem vom Gericht angeordneten Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. Erwägung 2.4). Ein unsachlicher Ton lässt sich - entgegen der Ansicht des Versicherten - im Gerichtsgutachten nicht erkennen. Der Versicherte legt auch nicht begründet dar, inwiefern Dr. D. Unsachlichkeit vorzuwerfen sei. Sofern Dr. D. ein "negatives" Verhalten des Versicherten aufgezeigt haben sollte, so beruhen ihre Feststellungen auf ihre Beobachtungen während der Untersuchungen. Solche Beobachtungen bilden jedoch einen wichtigen Teil für die Diagnosestellung, weshalb der Versicherte daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten kann (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2008, C_121/2008, E. 4.1 mit Hinweisen).

4.2.1. Was der Versicherte gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. D. weiter vorbringt, vermag nicht zu einer anderen Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit führen. Er rügte, dass die psychiatrische Beurteilung durch Dr. D. lediglich auf zwei Untersuchungen von insgesamt 5 Stunden und 20 Minuten beruhe. Demgegenüber würden der behandelnde Psychiater Prof. E. und der Hausarzt den Versicherten seit Jahren kennen, weshalb sie ein besseres Bild von seinem Gesundheitszustand vermitteln könnten. Der Versicherte verkennt, dass es für den Aussagegehalt eines Gutachtens nicht auf die Dauer der Behandlung 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.). Es ist zu berücksichtigen, dass sich die Beurteilung der Gutachterin nicht nur auf die persönliche Untersuchung des Versicherten stützt. Der Expertin sind darüber hinaus diverse, bisher zum Gesundheitszustand des Versicherten erstellte medizinische Akten zur Verfügung gestanden, die es ihr durchaus ermöglicht haben, eine nicht auf eine Momentaufnahme beschränkte Beurteilung abzugeben.

4.2.2. Der Versicherte machte weiter geltend, dass die Schlussfolgerung der Vorinstanz, er leide nicht an einer psychischen Erkrankung, weil er sich ungewöhnlich verhalte und Symptome aus ganz unterschiedlichen Krankheitsentitäten aufweise, welche durch eine mögliche mehrfache psychiatrische Komorbidität nicht zu erklären seien, nicht zulässig sei. Hierzu ist anzuführen, dass Dr. D. ihre Einschätzung, dass keine psychiatrische Diagnose zu stellen sei, auf einer klinischen Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung beruht. Sie konnte dabei keine objektivierbaren Beeinträchtigungen im psychopathologischen Befund feststellen. Mit dem Hinweis auf die Ungewöhnlichkeit der Fülle von Symptomen, welche äusserst unterschiedlichen Diagnosen zuzuordnen und nicht mit einer mehrfachen Komorbidität zu erklären seien, wollte sie vielmehr verdeutlichen, dass die Angaben des Versicherten kritisch zu hinterfragen sind. Sie gestand zwar zu, dass bei einer Person mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt werden könnten. Gleichzeitig machte sie darauf aufmerksam, dass dies doch sehr selten vorkomme. Mangels objektivierbarer Befunde und

den zahlreichen Widersprüchen ist es durchaus nachvollziehbar, dass sie beim Versicherten das Vorliegen eines solchen Ausnahmefalls verneinte; zumal die zahlreichen Inkohärenzen in den Angaben des Versicherten gemäss Dr. D. auch nicht auf eine psychische Störung zurückgeführt werden könnten. Gleichermassen begründete Dr. D. ihre Beurteilung, dass beim Versicherten keine psychiatrische Diagnose gestellt werden könne, nicht allein mit dem Hinweis, dass insgesamt sechs der behandelnden bzw. begutachtenden psychiatrischen Fachpersonen erhebliche Zweifel an den Angaben des Versicherten äusserten. Ihre Aussage ist vielmehr als Bestätigung zu verstehen, indem die von ihr aufgezeigten Widersprüche auch von anderen Medizinern festgestellt wurden. 4.2.3 Was die von Dr. D. offen gelassenen Fragen über das Vorliegen eines möglichen primären Krankheitsgewinns und von akzentuierten Persönlichkeitszügen oder einer Persönlichkeitsstörung betrifft, so ist aufgrund ihrer Ausführungen nicht zu erwarten, dass eine weitere psychiatrische Begutachtung in den relevanten Punkten ein anderes Ergebnis zeitigen würde. Damit kann auf die vom Versicherten beantragten weiteren medizinischen 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).

E. 5

Wie bereits weiter oben ausgeführt (vgl. E. 1.4 hiervor), ist gemäss Art. 16 ATSG der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die IV-Stelle nahm in ihrer Verfügung vom 22. März 2011 zur Ermittlung der Einschränkung des Versicherten im Erwerbsbereich den erforderlichen Einkommensvergleich vor und berechnete somit einen Invaliditätsgrad von 0 %. Die konkrete Berechnung, die vom Versicherten nicht beanstandet wurde, erweist sich als rechtens. Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 22. März 2011 verwiesen werden. 6.1 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 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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens würde der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren unterliegen. Nun ist allerdings zu beachten, dass gestützt auf das Grundsatzurteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011 (BGE 137 V 210) bei Einholung eines Gerichtsgutachtens anstelle einer Rückweisung zur weiteren Abklärung die entsprechenden Kosten den IV-Stelle aufzuerlegen sind. Bei einer Rückweisung - so das Bundesgericht - wären diese Kosten auch von der IV-Stelle zu übernehmen gewesen. Die Gerichtsgutachten seien damit grundsätzlich den von der IV-Stelle selbst in Auftrag gegebenen medizinischen Gutachten gleichzustellen. Aus dieser Gleichsetzung folgt konsequenterweise für die Frage der Verlegung der ordentlichen Kosten, dass diese auch von der IV-Stelle zu tragen sind, zumal bei einer Rückweisung der Angelegenheit zur weiteren Abklärung an den Versicherungsträger die Gegenpartei als obsiegende Partei gilt (vgl. BGE 132 V 235 E. 6.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 61 Rz. 117). Unter diesen Umständen sind der IV-Stelle die Verfahrenskosten aufzuerlegen. Laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO werden den Vorinstanzen - vorbehaltlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO - jedoch keine Verfahrenskosten überbunden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben

werden. 6.2.1. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind die Kosten für ein Gerichtsgutachten als ordentliche Abklärungskosten zu behandeln (vgl. auch Erwägung 6.1), welche der IV-Stelle aufzuerlegen sind. Das Bundesgericht führte im BGE 137 V 210 in Erwägung 4.4.2 zur Begründung aus, dass Art. 45 Abs. 1 ATSG und Art. 78 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 eine Kostentragung der IV-Stelle auch für Abklärungsmassnahmen vorsähen, welche die IV-Stelle zwar nicht angeordnet hätten, welche jedoch für die Beurteilung des Leistungsanspruchs unerlässlich seien (vgl. dazu auch IV-Rundschreiben Nr. 314). Diese Voraussetzung ist vorliegend gegeben, nachdem das Kantonsgericht zum Schluss kam, dass eine abschliessende Beurteilung gestützt auf die bis zu jenem Zeitpunkt vorgelegene Aktenlage nicht möglich sei. Die Aufwendungen für die gerichtliche Begutachtung durch Dr. D. sind demgemäss der IV-Stelle zu überbinden. 6.2.2. Dr. D. machte in ihrer Honorarrechnung vom 16. März 2012 einen Betrag von insgesamt Fr. 12'410.-- zuzüglich Dolmetscherkosten von Fr. 273.-- (vgl. Rechnung vom 6. März 2012) geltend. In Anbetracht des hohen Rechnungsbetrages erhielt die IV-Stelle Gelegenheit, sich zur Rechnung von Dr. D. zu äussern. In ihrer Stellungnahme vom 16. April 2012 führte sie an, dass der Stundenaufwand von 36 Stunden zwar als angemessen erscheine, der Stundenansatz von Fr. 354.-- dagegen zu hoch sei. Eine Entschädigung von ca. Fr. 263.-- pro Stunden entsprechend dem Tarmed-Tarif für ein Gutachten der Kategorie C, d.h. insgesamt von Fr. 9'500.--, betrachte sie als angebracht. In der Folge reduzierte Dr. D. ihre Honorarforderung auf Fr. 11'600.-- exkl. Dolmetscherkosten. Da das Gericht es unterliess, mit der Gutachterin einen Kostenvoranschlag oder einen Kostenrahmen zu erstellen, rechtfertigt es sich vorliegend, der IV-Stelle lediglich zur Bezahlung der Gutachterkosten in Höhe von Fr. 9'500.-- und Fr. 273.-- Dolmetscherkosten zu verpflichten. Der Restbetrag von Fr. 1'660.-- geht zu Lasten der Gerichtskasse. 6.3.1 Aufgrund der obigen Überlegungen zu den Verfahrenskosten folgt, dass die IV-Stelle grundsätzlich zur Tragung der Parteikosten zu verpflichten ist, da bei einer Rückweisung diese Kosten auch von der IV-Stelle zu übernehmen gewesen wären (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). In dieser Hinsicht stellt sich die Frage, bis zu welchem Zeitpunkt der vom Parteivertreter geltend gemachte Aufwand zu entgelten ist. Diese Frage wird jeweils im Einzelfall zu entscheiden sein. Richtig erscheint jedenfalls, dass sämtliche Kosten bis zum Zeitpunkt der Anordnung des Gerichtsgutachtens und der mit diesem in unmittelbarem Zusammenhang stehende später angefallene Stundenaufwand inkl. Ausgaben zu entschädigen sind. 6.3.2 Der Rechtsvertreter des Versicherten wies in seiner Honorarnote vom 29. Mai 2012 einen Stundenaufwand von insgesamt 20 Stunden und 59 Minuten (davon 0.17 Stunden Volontär) sowie Auslagen von Fr. 429.20 aus. Der Aufwand nach dem Zeitpunkt der Anordnung des Gerichtsgutachtens betreffen ausschliesslich Bemühungen im Zusammenhang mit dem Gerichtsgutachten. Es rechtfertigt sich daher dem Versicherten den gesamten von seinem Rechtsvertreter geltend gemachten Stundenaufwand zu entgelten. Praxisgemäss beträgt der Stundenansatz in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle Fr. 250.-- bzw. Fr. 140.-- für Volontäre. Damit ist dem Versicherten für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 6'002.65 (20,42 Stunden à Fr. 250.-- und 0.17 Stunden à Fr. 140.-- zuzüglich Auslagen in der Höhe von Fr. 429.20 und 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung bei Dr. D. in Höhe von Fr. 11'433.-- (inkl. Dolmetscherkosten von Fr. 273.--) werden im Umfang von Fr. 9'773.-- der IV-Stelle auferlegt. Der Restbetrag von Fr. 1'660.-- wird Dr. D. aus der

Gerichtskasse ausgerichtet. 4. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 6'002.65 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 21. November 2012 Beschwerde beim Bundesgericht (8C_955/2012) erhoben.

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