

BL_GERICHTE 720 15 202 vom 18. März 2016

BL Gerichte, 2016-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_15_202

FR: BL_GERICHTE 720 15 202 du 18 mars 2016

IT: BL_GERICHTE 720 15 202 del 18 marzo 2016

Regeste

Invalidenversicherung Rentenanspruch verneint; Würdigung medizinischer Verlaufsgutachten; eine Dysthymie ist nicht den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen oder vergleichbaren psychosomatischen Leiden anzurechnen, auf welche die Praxis des Bundesgerichts in BGE 141 V 281 ausgerichtet ist.

Volltext

Basel-Land Kantonsgericht Abteilung Sozialversicherungsrecht 18.03.2016 720 15 202

Invalidenversicherung Rentenanspruch verneint; Würdigung medizinischer Verlaufsgutachten; eine Dysthymie ist nicht den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen oder vergleichbaren psychosomatischen Leiden anzurechnen, auf welche die Praxis des Bundesgerichts in BGE 141 V 281 ausgerichtet ist.

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 18. März 2016 (720 15 202) Invalidenversicherung Rentenanspruch verneint; Würdigung medizinischer Verlaufsgutachten; eine Dysthymie ist nicht den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen oder vergleichbaren psychosomatischen Leiden anzurechnen, auf welche die Praxis des Bundesgerichts in BGE 141 V 281 ausgerichtet ist. Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiber Stephan Paukner Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Monika Guth, Advokatin, Aeschenvorstadt 67, Postfach, 4010 Basel gegen IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin Betreff IV-Rente A. Der 1952 geborene A.____ meldete sich am 6. Oktober 2010 unter Hinweis auf einen im Januar 2001 erlittenen Unfall, Kopfschmerzen, Rückenbeschwerden, Schlafstörungen und Depressionen bei der IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 1. Mai 2015 den Rentenanspruch gestützt auf einen IV-Grad von 26% ab. B. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Dr. Monika Gut, Advokatin, am 5. Juni 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Eventualiter sei die Sache zur Einholung von weiteren medizinischen Abklärungen und zur anschliessenden Neuberechnung seiner Leistungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, dass die medizinische Aktenlage widersprüchlich sei. Die Gutachten der B.____ vom 4. Mai 2012 und 27. Mai 2014 würden insbesondere den Berichten der behandelnden Ärzte Dres. C.____ und D.____ widersprechen. Zudem seien die von ihm geklagten Sinnestäuschungen und ihre Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nur unzureichend abklärt worden. C. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 21.

August 2015 auf Abweisung der Beschwerde. Sie brachte vor, dass auf die beiden B.____-Gutachten abgestellt werden könne. Konkrete Indizien, die gegen deren Zuverlässigkeit sprechen würden, lägen keine vor. Zu prüfen bleibe, ob die vorliegenden medizinischen Unterlagen eine schlüssige Beurteilung auch im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerdebildern erlauben würden. Nach Analyse der entsprechenden Standardindikatoren könne jedoch davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der evaluierten Ressourcen um lediglich 20% eingeschränkt sei. D. Mit Replik vom 28. September 2015 und Duplik vom 3. Dezember 2015 hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest. Der Beschwerdeführer liess vorbringen, dass auf der Basis insbesondere des mangelhaften B.____-Gutachtens vom 27. Mai 2014 unbesehen der Praxisänderung des Bundesgerichts zu den unklaren Beschwerdebildern keine schlüssige Beurteilung seiner gesundheitlichen Verhältnisse vorgenommen werden könne. Die IV-Stelle hielt mit Verweis auf eine Stellungnahme ihres regionalärztlichen Dienstes (RAD) demgegenüber zusammenfassend fest, dass der Beschwerdeführer anhand der vom Bundesgericht neuerdings massgebenden Indikatorenprüfung über genügend Ressourcen verfüge, weiterhin einer Tätigkeit im Umfang der vom B.____ gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit von 80% nachzugehen. E. Anlässlich der Parteiverhandlung vom 18. März 2015 wurde der Beschwerdeführer antragsgemäss zur Sache befragt. Im Übrigen hielten beide Parteien an ihren Rechtsbegehren fest. Auf einzelnen Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Kantonsgericht zieht in Erwägung: 1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist demnach einzutreten. 2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG 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). 2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen

Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1). 2.3 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG 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 nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2). 2.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (BGE 128 V 30 E. 1). 2.5 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat 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. 3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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). 3.3 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 (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). 3.4 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Max Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c). Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat das Gericht von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben. Eine Beweislast besteht nur in dem Sinne, dass im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die hohe Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 263 E. 3b). Das schweizerische Sozialversicherungsrecht kennt demnach keinen Grundsatz, wonach die Versicherungsorgane im Zweifel zu Gunsten der Versicherten zu entscheiden haben. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (ZAK 1983 S. 259). 4.1 Im Zusammenhang mit ihrer Renten ablehnenden Verfügung stützte sich die IV-Stelle im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der B.____ vom 4. Mai 2012 sowie auf deren monodisziplinäres psychiatrisches Verlaufsgutachten vom 27. Mai 2014. 4.1.1 Gemäss dem polydisziplinären Gutachten der B.____ vom 4. Mai 2012 seien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie, ein Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, ein Status nach Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt, unzulängliche soziale Fähigkeiten, Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung, eine geringe Schulbildung sowie eine koronare 1-Gefässerkrankung zu diagnostizieren. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom ohne Zeichen einer radikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptomatik, unspezifische Nackenschmerzen, Armschmerzen links und Kopfschmerzen occipital links bei Verdacht auf Schmerzfehlverarbeitung, ein Extensionsdefizit am rechten Ellenbogen sowie eine lumbosakrale Übergangsstörung auf Höhe LWK 5 links mit Nearthrosebildung zum

Sakrum und Osteochondrose auf Höhe LKW 3/4 ohne klinisches Korrelat. Der Gesamtbeurteilung zufolge habe anlässlich der rheumatologischen Untersuchung keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Insgesamt hätten die Beschwerden nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild, sondern eher einer Schmerzfehlverarbeitung entsprochen. Bei der neurologischen Untersuchung hätten keine Zeichen für eine radikuläre Reiz- oder für eine sensomotorische Ausfallsymptomatik gefunden werden können. Die neurologisch objektivierbaren Befunde seien insgesamt in deutlichem Widerspruch zu den anamnestischen Angaben und den berichteten Schmerzen des Exploranden gestanden. Anlässlich der kardiologischen Untersuchung habe kein Hinweis auf eine relevante Koronarinsuffizienz gefunden werden können, weshalb diesbezüglich von einer stabilen Situation ausgegangen werde. Die bei der psychiatrischen Untersuchung festgestellte Dysthymia sei bereits ebenfalls im Abklärungsbericht der E.____ vom 19. Juli 2011 diagnostiziert worden. Die Diagnosekriterien einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung seien derzeit nicht erfüllt. Es werde davon ausgegangen, dass sich im Rahmen der schicksalhaften Ereignisse im Jahre 2001 mit dem Schlag einer Pistole auf den Kopf und dem Tod der ersten Ehefrau im Jahre 2002 eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion entwickelt habe. Für den Exploranden seien sämtliche Beschwerden auf den Überfall im Jahre 2001 zurückzuführen. Er besitze keine Ressourcen für Coping-Strategien und sehe seine Situation nur schwarz-weiß, was möglicherweise auch von seiner geringen Schulbildung bzw. einem funktionellen Analphabetismus unterstützt werde. Es gelinge ihm nicht, mit den Schicksalsschlägen und den so empfundenen Schwierigkeiten im Leben funktional umzugehen. Stattdessen seien verfestigte Erlebnisweisen im Sinne von Verbitterung sowie von Opferkategorien derart dominant geworden, dass ihnen nicht nur kognitive und affektive Aspekte zuzurechnen seien, sondern inzwischen auch eine persönlichkeitsnahe Verfestigung zu postulieren sei. Aufgrund der leistungsmindernden Faktoren, der mangelnden psychischen Belastbarkeit, der Stressintoleranz, der fluktuierenden Verlangsamung, der dysfunktionalen Coping-Strategien und der entsprechenden Verhaltensweisen sei der Explorand in seiner Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20% eingeschränkt. Für schwere körperliche Tätigkeiten sei er nicht mehr arbeitsfähig, was sich durch die koronare Herzkrankheit begründen lasse. Für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei er noch zu 80% arbeitsfähig. Die Einschränkung sei durch die psychiatrischen Diagnosen begründet. Es sei darauf hinzuweisen, dass für die morphologisch dokumentierten Veränderungen an der Hals- und Lendenwirbelsäule keine entsprechenden klinischen Symptome vorlägen. Es handle sich um unspezifische Beschwerden, die zu einem überwiegenden Anteil nicht somatisch begründet werden könnten.

4.1.2 Aus der Beurteilung im psychiatrischen Fachgutachten der Universitären Psychiatrischen Kliniken (Beilage 2 zum B.____-Gutachten) vom 16. Februar 2012 geht insbesondere hervor, dass die psychiatrische Vorgeschichte wahrscheinlich mit einem tätlichen Übergriff im Jahre 2001 begonnen habe. Vermutlich auch vor dem Hintergrund des überraschenden Todes der Ehefrau im Jahre 2002 habe der Versicherte ein ängstlich-depressives Syndrom sowie verschiedene körperliche Beschwerden entwickelt, die er bis heute beklage. Das Beschwerdebild sei aktuell am ehesten unter eine seit Jahren anhaltende Dysthymie und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung zu subsumieren. Am ehesten sei dabei die im Jahre 2006 diagnostizierte Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt in eine Dysthymie übergegangen. Der Versicherte empfinde den Umstand, dass seine Krankheitsgeschichte quasi nicht automatisch zu einer 100%-igen IV-Rente führe,

aufgrund eines ausschliesslich somatischen Krankheitskonzepts als äussert ungerecht und kränkend. Aus rein psychiatrischer Sicht sei nebst der Dysthymie deshalb auch die feste Krankheitsüberzeugung des Versicherten relevant. Letztere werde möglicherweise durch seinen einfachen Denkstil aufrechterhalten. Es gelinge dem wenig gebildeten Exploranden nicht, mit den als Schicksalsschlägen bzw. mit den als solchen empfundenen Schwierigkeiten im Leben funktional umzugehen. In dieser Konstellation sei den psychosozialen Belastungsfaktoren ausnahmsweise auch ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzusprechen. Bezüglich der diagnostischen Einschätzung bestehe keine relevante Differenz zu den vorliegenden fachpsychiatrischen Beurteilungen. 4.1.3 Gemäss dem psychiatrischen Fachgutachten der B.____ vom 27. Mai 2014 seien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie, ein Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung sowie ein Status nach Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt zu diagnostizieren. An psychosozialen Belastungsfaktoren bestünden unzulängliche soziale Fähigkeiten, Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung und eine geringe Schulbildung. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien anamnestisch eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung zu diagnostizieren. Der Versicherte präsentiere sich als gezeichnet von seinen seit dem Jahre 2001 erlittenen, verschiedenen psychosozialen Faktoren. Er sei der festen Überzeugung, dass sich aus diesen Begebenheiten seine von ihm als körperlich wahrgenommenen Erkrankungen entwickelt hätten. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei aus rein psychiatrischer Sicht nebst der Dysthymie auch seine feste Krankheitsüberzeugung relevant. In der Gesamtschau bestehe aufgrund der Dysthymie und der undifferenzierten Somatisierungsstörung weiterhin eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20%. Gemäss den eigenen Angaben des Versicherten und den vorliegenden Befunden habe sich an der psychiatrischen Beschwerdesymptomatik seit der letzten Begutachtung im Februar 2012 nichts Nennenswertes verändert. Symptome einer vom behandelnden Psychiater diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung hätten sich anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht nachweisen lassen. Allerdings bestünde eine grosse Überschneidung von Symptomen depressiver Störungen mit jenen der posttraumatischen Belastungsstörung. Die damals diagnostizierten mal mittelgradig, mal schwergradig depressiven Episoden im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung bzw. die Symptome einer Anpassungsstörung seien mittlerweile mit grosser Wahrscheinlichkeit in die seit dem letzten psychiatrischen Gutachten von Februar 2012 diagnostizierte Dysthymie übergegangen. Da die Fluktuationen der Symptomausprägung bzw. die Remissionen den affektiven Störungen wie auch den Anpassungsstörungen inhärent seien, bedeute dies per se keine Diskrepanz. Möglicherweise würden diese Fluktuationen auch die Unterschiede in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Psychiater einerseits und die B.____ andererseits erklären. Hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Vorgutachten würden sich keine Differenzen ergeben. Der Versicherte sei aus rein psychiatrischer Sicht weiterhin im Umfang von 80% arbeitsfähig. An leistungsmindernden Faktoren zu berücksichtigen seien eine mangelnde psychische Belastbarkeit und Stressintoleranz, eine fluktuierende Verlangsamung, dysfunktionale Coping-Strategien und Verhaltensweisen im Kontext der erhöhten Kränkbarkeit bei fester Krankheitsüberzeugung, der Dysthymie und den unter Z-Kategorien subsumierten ungünstig interferierenden persönlichen Eigenschaften bzw. psychosozialen Belastungsfaktoren. 4.2 Der Angelegenheit liegen sodann folgende weitere medizinische Unterlagen von Relevanz zu Grunde: 4.2.1 Gemäss Abklärungsbericht der E.____ vom 19. Juli 2011 sei beim

Versicherten eine Dysthymie sowie ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Anamnestisch beschreibe dieser am ehesten eine Dysthymie, welche sich aus einer Anpassungsstörung nach einem tätlichen Angriff sowie nach dem Verlust der Ehefrau in den Jahren 2001 und 2002 entwickelt habe. Hinweise auf eigentliche depressive Episoden hätten sich nicht ergeben. Auffallend seien die Diskrepanzen zwischen den Angaben des Patienten und den vorbestehenden Berichten. Festzustellen sei auch eine Diskrepanz zwischen der vom Patienten verbal berichteten Schwere der Symptome und des objektiv beobachtbaren Leidensdrucks. Auch im Schildern der Ängste und des damit verbundenen Vermeidungsverhaltens werde das Leiden kaum spürbar. Insgesamt sei der Verdacht entstanden, dass der Kontakt zur E.____ weniger aus einem Leidensdruck oder dem Bedürfnis nach Änderung der Situation, sondern vielmehr aufgrund der laufenden Abklärung der IV entstanden sei. Da der Patient aktuell an einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wenig interessiert zu sein scheine, werde der Fall abgeschlossen.

4.2.2 Dem Arztbericht von Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. April 2012 ist zu entnehmen, dass beim Versicherten in psychiatrischer Hinsicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig depressive Episode, ein Verdacht auf einen Tinnitus, eine posttraumatische Belastungsstörung, ursprünglich entstanden im Rahmen der traumatisch erlebten Gewalterfahrung im Jahre 2001 und den Tod der ersten Ehefrau im Jahre 2002, zu diagnostizieren sei. Das psychische Zustandsbild sei durch eine ausgeprägte Müdigkeit und Erschöpfung sowie durch eine Angst- und Schmerzsymptomatik charakterisiert. Der Versicherte hinterlasse einen leidenden, stark verzweifelten Eindruck. Die Konzentration und Auffassung seien erheblich vermindert. Zudem sei das Gedächtnis eingeschränkt. Der Versicherte berichte von Flashbacks und Nachhallerinnerungen an seinen Unfall. Im formalen Denken sei er stark eingeengt auf die traumatisch erlebte Vergangenheit und die begleitende Schmerzsymptomatik. Der Antrieb sei erheblich reduziert. Angesichts des bisherigen Verlaufs und der medikamentösen Behandlungsversuche handle es sich wahrscheinlich um eine rezidivierende Störung. Schwerpunkt der Behandlung bleibe weiterhin die Beeinflussung der depressiven Schmerzsymptomatik, die Erarbeitung von Strategien im Umgang mit Unsicherheiten und den depressiven Ängsten. Als Bauhilfsarbeiter oder Angestellter in der Fabrik sei der Versicherte seit 2001 nicht mehr arbeitstätig gewesen. Eine Eingliederung in die freie Marktwirtschaft scheine aktuell nicht realisierbar zu sein.

4.2.3 Gemäss Verlaufsbericht von Dr. D.____ vom 12. Februar 2013 sei aufgrund des aktuellen Behandlungsverlaufs und des Befundes eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom im Sinne einer ängstlichen gefärbten, depressiven Erkrankung geprägt von Existenz- und Sterbensängsten, zu diagnostizieren. Zudem bestehe eine chronisch verlaufende posttraumatische Belastungsstörung mit mehreren traumatischen Erlebnissen in der Vergangenheit. Seit rund drei Monaten sei es zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen. Im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung sei neben der anhaltenden Reizbarkeit und Impulsivität auch die schwere depressive Verstimmung mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Konzentrations- und Durchhaltevermögens sowie einer Antriebsminderung mit Motivationsverlust zu beobachten. Besonderen Einfluss auf die Verschlechterung des psychischen Zustands hätten die allgemeine Unsicherheit mit permanenten Angstattacken und Schlafstörungen mit Albträumen und einem resultierenden Vermeidungsverhalten, einem deutlichem Leidensdruck und Einschränkungen im

Alltagsleben. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien aus psychiatrischer Sicht in Anbetracht der aktuell zunehmenden psychischen Beeinträchtigung nicht realistisch und würden zu einer Beschwerdeakzentuierung und möglicherweise zu einer akuten Gesundheitsverschlechterung führen. Die Prognose sei aufgrund des stets individuellen Verlaufs einer psychischen Erkrankung nicht im Vorherein festzulegen und müsse anhand des Verlaufs beurteilt werden. Der Versicherte sei zum jetzigen Zeitpunkt für jegliche Arbeitstätigkeiten arbeits- und leistungsunfähig.

4.2.4 Gemäss Arztbericht der Klinik F.____ vom 25. Februar 2013 seien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Zervikalsyndrom linksbetont und ein sekundäres Lumbovertebralsyndrom linksbetont mit Entwicklung eines sensomotorischen Halbseitensyndroms links bei Schmerzausweitung, ein rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei Spondylose L2/3 und linksseitiger Hemisacralisation mit Nearthrose zum Sacrum, eine chronische Angststörung und rezidivierende depressive Episoden, eine rezidivierende Angina pectoris sowie eine chronische Insomnie mit Ein- und Durchschlafstörungen zu diagnostizieren. Weitergehende Angaben, insbesondere in welchem Umfang der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, sind diesem Bericht nicht zu entnehmen.

4.2.5 Gemäss Arztbericht der Klinik F.____ vom 3. Juni 2013 sei nebst den bereits im Bericht vom 25. Februar 2013 erhobenen Diagnosen ebenfalls eine chronische Periarthropathia humeroscapularis (PHS) links mit Impingement-Syndrom und eingeschränkter Schultergelenkbeweglichkeit bei Kapselretraktion zu diagnostizieren. Bei der letzten Konsultation Ende Mai 2013 hätten weiterhin die ausgeprägten cervico-brachialen Schmerzen sowie das Impingement-Syndrom der linken Schulter im Vordergrund gestanden. Ferner habe eine ausgeprägte Schwindelsymptomatik bestanden. Klinisch finde sich ein Patient in reduziertem Allgemeinzustand mit multilokulärer Schmersymptomatik, einer eingeschränkten HWS-Beweglichkeit besonders nach links, mit Endphasendolenz, positiven Triggerpunkten der gesamten Nackenregion linksbetont, ferner eine Periarthropathia humeroscapularis der linken Schulter mit eingeschränkter Schulterbeweglichkeit. Die Kraft im linken Arm sei deutlich reduziert. Der Patient sei nicht in der Lage, an einem Zugapparat ein Gewicht von 2,3 Kilogramm zu ziehen. Zusammenfassend sei seine Belastbarkeit massiv reduziert, sowohl von kardialer Seite mit schon bei geringer Anstrengung einsetzender Belastungsdyspnoe, als auch von Seiten des Bewegungsapparats, insbesondere hier im Bereich des Nackens, der Schulter und des linken Arms. Die Gehfähigkeit sei deutlich eingeschränkt. Beim Spaziergehen benötige der Patient die Unterstützung seiner Ehefrau. Die maximale Distanz betrage 200m, dann manifestiere sich eine Belastungsdyspnoe. Die maximale Sitzdauer betrage eine Stunde. Auch von psychischer Seite sei der Patient bei depressiver Entwicklung nur gering belastbar. Aufgrund der Polymorbidität, sowohl von kardialer Seite als auch psychiatrisch bedingt, und aufgrund der multilokulären Beschwerden im Bewegungsapparat, sei eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben, auch nicht für leichteste Verweistätigkeiten. Bei schlechter Prognose hinsichtlich der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit wäre aus rheumatologischer, internistischer und psychiatrischer Sicht eine IV-Berentung zu befürworten.

5.1 Die IV-Stelle stütze sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen die B.____ in ihren beiden Gutachten vom 4. Mai 2012 bzw. 27. Mai 2014 gelangt ist. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Versicherten die Ausübung einer leichten und mittelschweren Verweistätigkeit im Umfang von 80% weiterhin zumutbar sei. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E.

3.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Die beiden fraglichen Gutachten der B.____ weisen weder formale noch inhaltliche Mängel auf. Sie sind - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 3.2 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen alle geklagten Beschwerden und sind – was jedenfalls das psychiatrische Verlaufsgutachten der B.____ vom 27. Mai 2014 betrifft – in Kenntnis aller relevanten Vorakten (vgl. Erwägungen 4.2.3 f. hiervor) abgegeben worden. Ebenso leuchten sie in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzen sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und sind letztlich auch in ihren Schlussfolgerungen überzeugend. Die Gutachter der B.____ nehmen insbesondere eine nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vor und äussern sich detailliert zur Frage, ob es dem Versicherten insbesondere aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden kann, trotz seiner geklagten Beschwerden die nötigen Ressourcen aufzubringen, um im Umfang von 80% auch weiterhin einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit nachzugehen.

5.2.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, dass auf diese beiden Gutachten aus mehreren Gründen nicht abgestellt werden könne. Er wendet zunächst ein, dass die vom B.____ aufgelisteten Diagnosen somatischer Genese bei der Bemessung seiner Arbeitsunfähigkeit nur ungenügend berücksichtigt worden seien. Hierbei übersieht er aber, dass die im rheumatologischen Fachgutachten der B.____ vom 21. Februar 2012 (Beilage 3) aufgeführten Diagnosen weder ein klinisches Korrelat aufweisen noch einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechen. Den ausführlichen Untersuchungen der B.____ zufolge fehlt es an entsprechenden klinischen Befunden, welche die geklagten Beschwerden rheumatologisch erklären könnten. Diese können demnach gerade keiner rheumatologischen Erkrankung zugeordnet werden. Wenn die begutachtenden Ärzte der B.____ unter diesen Umständen sowohl in ihrer rheumatologischen Fachbeurteilung als auch im Hauptgutachten zum Schluss kommen, dass das geklagte Beschwerdebild in rheumatologischer Hinsicht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, ist dies somit nicht zu beanstanden. Gleiches gilt in neurologischer Hinsicht. Auch hier stehen die objektivierbaren Befunde insgesamt in deutlichem Widerspruch zu den anamnestischen Angaben des Versicherten. Da anlässlich der neurologischen Untersuchung auch keine Anzeichen für eine radikuläre Reiz- oder eine sensomotorische Ausfallsymptomatik erhoben werden konnten, erweist es sich mithin als ebenso nachvollziehbar, dass ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auch in neurologischer Hinsicht verneint werden muss. Es tritt hinzu, dass dem Versicherten künftig ohnehin nur noch leichte bis mittelschwere Verweistätigkeiten zugemutet werden. Seine geklagten Beschwerden haben in rheumatologischer, neurologischer und kardiologischer Hinsicht insoweit durchaus Berücksichtigung bei der Bemessung seiner noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit im Umfang von 80% gefunden.

5.2.2 Entgegen dem weiteren Einwand des Beschwerdeführers vermag daran der Bericht der Klinik F.____ vom 25. Februar 2013 nichts zu ändern. Daraus geht gerade nicht hervor, in welchem Umfang der Versicherte aufgrund der von der B.____ übereinstimmend erhobenen Diagnosen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Eine eigentliche Divergenz zur Einschätzung der B.____

liegt mithin nicht vor. Auch lässt sich nichts zu Gunsten des Versicherten aus dem Bericht der Klinik F.____ vom 3. Juni 2013 ableiten. Die dort erhobenen Befunde decken sich weitestgehend mit den Explorationsergebnissen, zu welchen auch der rheumatologische Gutachter der B.____ gelangt ist (vgl. IV-Dok N° 60). Wie die Klinik F.____ kommt auch die B.____ zum Schluss, dass am linken Arm eine deutliche Kraftverminderung bzw. eine fehlende Kraftentwicklung festzustellen ist. Abweichend zur Einschätzung der Klinik F.____, welche selbst für leichteste Verweistätigkeiten auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit schliesst, führt die B.____ die geklagten Einschränkungen auf funktionelle Defizite zurück, welche bei Spontanbewegungen jedoch gerade nicht beobachtet werden konnten. Zumal beim Versicherten keine Muskelatrophien vorliegen und die eingeschränkte Schulterbeweglichkeit sowie die übereinstimmend erhobene Kraftminderung im Wesentlichen auf eine sichtbare Selbstlimitierung zurückzuführen war, vermag deshalb die Schlussfolgerung der B.____ zu überzeugen, dass die vom Exploranden beschriebenen Beschwerden aufgrund der festgestellten Anzeichen eines vermehrten Schmerzgebahrens keinem rheumatologischen Krankheitsbild zugeordnet werden können (vgl. IV-Dok N° 60, S. 55 ff.). Was schliesslich den Umstand betrifft, dass die Klinik F.____ in Abweichung zur B.____ mit Bericht vom 3. Juni 2013 neu auch eine PHS diagnostiziert hat, ist darauf hinzuweisen, dass nebst der Diagnose in erster Linie die funktionelle Beeinträchtigung bzw. die im Rahmen der diagnostischen Zuordnung erhobenen klinischen Befunde relevant sind. Ein Vergleich der von der B.____ erhobenen Befunde mit jenen im Bericht der Klinik F.____ vom 6. Juni 2013 zeigt nun aber eine praktisch identische Bewegungseinschränkung auf. Insbesondere finden sich vergleichbare Werte für die Flexion und Abduktion der linken Schulter. Eine eigentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse im Vergleich zur Einschätzung der B.____, welche die von der Klinik F.____ postulierte Arbeitsunfähigkeit plausibel erscheinen liesse, kann unter diesen Umständen nicht ausgemacht werden (vgl. ebenso Stellungnahme RAD vom 16. Oktober 2013, IV-Dok N° 81). Die abweichende Einschätzung der behandelnden Ärzte des Versicherten bezüglich seiner Leistungsfähigkeit vermag die gutachterliche Beurteilung der B.____ in somatischer Hinsicht demnach nicht in Frage zu stellen.

5.2.3 Entgegen den weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers ist auch der Bericht von Dr. D.____ vom 12. Februar 2013 nicht geeignet, die Schlussfolgerungen der B.____ in Zweifel zu ziehen. Es ist ihm zwar beizupflichten, dass der behandelnde Psychiater in Bezug auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit zu einer abweichenden Einschätzung gelangt ist. Gleichwohl hat einzig Dr. D.____ eine mittelschwere Depression diagnostiziert, demgegenüber von den E.____ bereits mit Abklärungsbericht vom 19. Juli 2011 überstimmend mit der B.____ ebenfalls eine Dysthymie erhoben werden konnte. Wie der Beschwerdeführer selbst vorbringen lässt, erklärt sich die abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Umstand, dass den affektiven Störungen und den Anpassungsstörungen eine Fluktuation der Symptomausprägung inhärent ist (vgl. psychiatrisches Verlaufsgutachten der B.____ vom 27. Mai 2014, S. 15). Insoweit sich der psychiatrische Gutachter der B.____ in diesem Zusammenhang mit der abweichenden Beurteilung durch Dr. D.____ jedoch auseinandergesetzt hat, erweist sich der Einwand einer mangelhaften Auseinandersetzung mit den gegenteiligen Schlussfolgerungen des behandelnden Psychiaters durch die B.____ mithin als offensichtlich unzutreffend. Die B.____ hat den Bericht von Dr. D.____ in ihrer psychiatrischen Verlaufsbeurteilung vom 27. Mai 2014 vielmehr eingehend gewürdigt (vgl. a.a.O., S. 15 f.). Damit kann aber auch nicht gesagt werden, der psychiatrische Gutachter der B.____ verkenne, dass der Bericht

von Dr. D.____ jüngerem Datums sei. Das Gegenteil ist der Fall. Der Umstand alleine, dass die B.____ die abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. D.____ nicht zu teilen vermag, erweist sich unter diesen Umständen jedenfalls nicht als widersprüchlich, zumal die B.____ aufgrund der im Rahmen ihrer Verlaufsbeurteilung durchgeführten Testung lediglich eine knapp leichte Depression erheben konnte (vgl. a.a.O., S. 12). Zugleich ist damit gesagt, dass sich die B.____ noch einmal eingehend mit den aktuellen gesundheitlichen Verhältnissen des Versicherten auseinander gesetzt hat. Somit vermag aber ebenso wenig die Tatsache einen Mangel am Verlaufsgutachten der B.____ vom 27. Mai 2014 zu begründen, dass die B.____ darin letztlich zum gleichen Ergebnis wie bereits in der Erstbeurteilung vom 16. Februar 2012 gelangt ist. Als unzutreffend erweist sich sodann der Einwand des Beschwerdeführers, im Verlaufsgutachten der B.____ vom 27. Mai 2014 seien die geklagten Sinnestäuschungen wie Stimmenhören und verfolgende Schatten unberücksichtigt geblieben. Die vom Versicherten geäußerten Sinnestäuschungen sind vielmehr detailliert erfasst und umfassend gewürdigt worden (vgl. a.a.O., S. 12, ebenso ad Anamnese S. 7). Mangels weiterer Symptome und lediglich diffuser Schilderung ohne affektiven Zusammenhang haben sie jedoch zu Recht weder Eingang in die Liste der aufgeführten Diagnosen gefunden, noch können sie unter diesen Umständen die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflussen. 5.2.4 Nicht anders ist in Bezug auf die von Dr. D.____ in seinen Berichten diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung zu entscheiden. Die B.____ hält hierzu unmissverständlich fest, dass anlässlich der zuletzt erfolgten psychiatrischen Untersuchung vom 27. Mai 2014 keine entsprechenden Symptome mehr nachweisbar waren. Auch wenn eine grosse Überschneidung von Symptomen depressiver Störungen mit jenen einer posttraumatischen Belastungsstörung bestanden hat, ändert dies mangels Vorliegens mittelgradiger oder gar schwerer depressiver Symptome nichts daran, dass die ursprünglich im Jahre 2006 diagnostizierte Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion mittlerweile in eine Dysthymie übergegangen ist (vgl. psychiatrisches Fachgutachten der B.____ vom 16. Februar 2012, S. 14 a. A., ebenso psychiatrisches Verlaufsgutachten der B.____ vom 27. Mai 2014, S. 15). Es ist in diesem Zusammenhang daran zu erinnern, dass posttraumatische Belastungsstörungen zwar als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung entstehen können. Gleichwohl tritt eine solche Störung notorisch nur selten mit einer mehr als sechs Monate dauernden Latenz nach dem auslösenden Trauma auf (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien der WHO, 8. Aufl., S. 208). In casu finden sich in den Akten keine Anhaltspunkte, dass der Versicherte nach einer mehr oder weniger dergestalt korrespondierenden Latenzzeit im Anschluss an den im Jahre 2001 erlittenen tätlichen Übergriff oder an die übrigen, anamnestisch geklagten Lebenskatastrophen an den entsprechenden Symptomen einer eigentlichen posttraumatischen Belastungsstörung gelitten hätte. Den Akten ist vielmehr das Gegenteil zu entnehmen: Bereits die E.____ haben im Juli 2011 keine posttraumatische Belastungsstörung erhoben. Festsustellen war vielmehr bereits dazumal eine auch durch die B.____ nunmehr erneut erhobene Diskrepanz zwischen der vom Patienten verbal berichteten Schwere der Symptome und des objektiv beobachtbaren Leidensdrucks. Die posttraumatische Belastungsstörung hat deshalb ebenfalls zu Recht weder Eingang in die Liste der aufgeführten Diagnosen der B.____ gefunden, noch vermag sie unter diesen Umständen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu bewirken. 5.3.1 Grundsätzlich haben die rechtsanwendenden Behörden genau zu prüfen, ob die ärztliche

Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte – insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren - mitberücksichtigt, die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (BGE 140 V 193). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild mitprägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (BGE 127 V 294, E. 5a). Die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Dysthymie ist nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder gar nur leichten depressiven Störung zu erfüllen. Findet sich im Psychostatus des Versicherten nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet keinem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Diese Grundsätze werden auch durch die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht relativiert (Urteil des Bundesgerichts 8C_643/2015 vom 18. Dezember 2015, E. 5.2.1; ebenso Urteil des Bundesgerichts vom 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016, E. 3.2). Die zwischen den Parteien aufgeworfene Frage, ob die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlagen anhand der in BGE 141 V 281 vorgegebenen Standardindikatoren nachgewiesen sind, kann deshalb offen bleiben. Die von der B.____ aus psychiatrischer Sicht erhobene Diagnose der Dysthymie ist entgegen der sowohl von der Beschwerdegegnerin als auch der vom Beschwerdeführer vertretenen Meinung gerade nicht zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen oder vergleichbaren psychosomatischen Leiden zuzurechnen, auf welche die besagte neue Praxis des Bundesgerichts ausgerichtet ist. Auf die Ausführungen der Parteien zur Invaliditätsbeurteilung nach den Grundsätzen gemäss BGE 141 V 281 ist deshalb nicht weiter einzugehen. 5.3.2 Gleiches gilt mit Blick auf die vom B.____ erhobene Diagnose des Verdachts einer undifferenzierten Somatisierungsstörung. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann unter dem Blickwinkel der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts auch weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Dies ist bei einer Verdachtsdiagnose aber nicht der Fall. Es tritt hinzu, dass im Unterschied zu einer somatoformen Schmerzstörung bei einer (undifferenzierten) Somatisierungsstörung kein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht. Aus den massgebenden Gutachten der B.____ geht hervor, dass sich die Schwere des Krankheitsgeschehens aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese letztlich nicht plausibilisieren lässt. Damit fehlt es am erforderlichen Schweregrad und es erübrigt sich auch diesbezüglich eine detaillierte Auseinandersetzung mit den in BGE 141 V 281 aufgeführten Standardindikatoren (Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016, E. 3.3 f.). Findet sich im Psychostatus des Beschwerdeführers im Wesentlichen allein eine Dysthymie, ist ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden aus rechtlicher Sicht deshalb vielmehr zu verneinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_623/2013 vom 11. März 2014, E. 3.3.3). 5.4 Zusammenfassend erweist sich die Beurteilung der B.____ in deren Gutachten vom 4. Mai 2012 und vom 27. Mai 2014 als schlüssig und nachvollziehbar. Darauf ist abzustellen und es kann auf zusätzliche medizinische Abklärungen verzichtet werden. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen

nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). 6. Wie oben ausgeführt (vgl. oben, Erwägung 2.4 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Gegen die von der IV-Stelle vorgenommene Bemessung des Validen- und Invalideneinkommens ist in diesem Zusammenhang nichts eingewendet worden. Es kann an dieser Stelle deshalb auf die zutreffende Berechnung der Vorinstanz in deren Verfügung vom 1. Mai 2015 verwiesen werden. Auf der Basis einer Restarbeitsfähigkeit von 80% steht dem Invalideneinkommen von CHF 45'017.— ein Valideneinkommen von CHF 61'164.— gegenüber. Der Beschwerdeführer erleidet damit eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von CHF 16'147.—, was mit 26% einen rentenbegründenden IV-Grad ausschliesst (vgl. oben, Erwägung 2.5 hiervor). Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis abzuweisen. 7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.— bis CHF 1'000.— festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf CHF 600.— fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterlegen, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu überbinden sind. Dem Versicherten ist allerdings mit verfahrensleitenden Verfügungen vom 16. Juni 2015 und 22. Januar 2016 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 7.2 Dem Prozessausgang entsprechend sind die Parteikosten wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügungen vom 16. Juni 2015 und 22. Januar 2016 auch die unentgeltliche Verbeiständung bewilligt worden ist, wird seine Rechtsvertreterin für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu einem praxisgemässen Honoraransatz von CHF 200.— pro Stunde entschädigt (vgl. § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Diese hat in ihrer Honorarnote vom 17. März 2016 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 22 Stunden und 23 Minuten geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen sowie unter Berücksichtigung des doppelt geführten Schriftenwechsels als angemessen erweist. Hinzu tritt der Aufwand für die Parteiverhandlung vom 18. März 2016 im Umfang von insgesamt 90 Minuten. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von CHF 104.—. Der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ist demzufolge ein Honorar in der Höhe von insgesamt CHF 4'867.90 aus der Gerichtskasse auszurichten. Der Beschwerdeführer wird allerdings ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet werden kann, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erkannt : //: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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