

BL_GERICHTE 720 16 44 vom 10. Juli 2007

BL Gerichte, 2007-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_16_44

FR: BL_GERICHTE 720 16 44 du 10 juillet 2007

IT: BL_GERICHTE 720 16 44 del 10 luglio 2007

Regeste

Invalidenversicherung Würdigung medizinischer Unterlagen, Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen

E. 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 des Versicherten vom 11. Februar 2016 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 7. Januar 2016 gestützt auf den Sachverhalt, wie er sich damals präsentiert hat, einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abgelehnt hat.

E. 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).

E. 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). 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 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. 2.3

Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden 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). 3.1 Nach 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. 3.2 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1). 3.3 Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad des Versicherten nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bemessen, was vom Beschwerdeführer – zu Recht – nicht bestritten wird.

E. 4

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

E. 4.1

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 zumutbarer-weise 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. 4.2

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).

E. 4.3

Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht

konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

E. 5

Zur Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit liegt im Wesentlichen folgende medizinische Aktenlage vor:

E. 5.1

Vom 10. November 2009 bis zum 12. Mai 2010 und vom 19. April bis 16. Juni 2011 befand sich der Beschwerdeführer stationär in der C._____.

E. 5.2

Am 5. November 2010 erstattete Dr. med. D._____, Oberärztin der E._____, ein psychiatrisches Gutachten zu Händen der F._____. Folgende Diagnosen wurden gestellt: Leicht- bis mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom, bestehend seit ca. 2005; Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, bestehend seit ca. 2005; Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dem Exploranden seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne länger dauernde Zwangshaltung körperlich zumutbar. Aufgrund der psychiatrischen Beurteilung könne der Explorand derartige Tätigkeiten in einem Pensum von 60%, entsprechend 5 Stunden pro Tag ausführen.

E. 5.3

Dr. med. G._____, FMH Rheumatologie, hielt in seinem Bericht vom 1. Juni 2011 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Ganzkörperschmerzsyndrom mit linksseitiger Betonung ohne organische Ursache mit/bei kleiner Diskusprotrusion L5/S1 fest. Aufgrund der Schmerzschwellenstörung (Ganzkörperschmerzsyndrom) sei der

Versicherte für eine körperliche Schwerarbeit nicht arbeitsfähig. Es bestehe hingegen für jegliche körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit volle Arbeitsfähigkeit, dies bezogen auf ein Ganztagespensum.

E. 5.4

Mit Gutachten vom 10. August 2011 führte Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen eine depressive Störung leichte bis mittelgradige Episode sowie die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (DD: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) an. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. H.____ unter anderem fest, dass der Beschwerdeführer durch die leichte bis mittelschwere depressive Störung vermindert belastbar sei. Er benötige allenfalls auch etwas längere Erholungsphasen und dürfte etwas verlangsamt sein. Es sei anzunehmen, dass eine höchstens 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für jede Tätigkeit vorliege.

E. 5.5

Dem Arztbericht von Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Mai 2012 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen und somatoforme Schmerzstörung. Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter von 22. November 2010 bis 15. April 2011 zu 80% arbeitsunfähig. Durch die depressive Erkrankung sei die Belastbarkeit massiv reduziert und die Körperschmerzen würden verstärkt wahrgenommen.

E. 5.6

Mit nachträglich angefordertem Arztbericht vom 9. Januar 2013 nimmt Dr. med. K.____, Oberärztin C.____, Stellung zum stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 19. April bis 16. Juni 2011. Dabei hält sie folgende Diagnosen fest: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, mit somatischem Syndrom; Spannungskopfschmerz; Atherosklerose der Extremitätenarterien; Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet/Lumbarbereich; Probleme in der Beziehung zum Ehepartner.

E. 5.7

Zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers hat die IV-Stelle ein interdisziplinäres Gutachten bei Dres. med. L.____, FMH Rheumatologie, und M.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegeben, welches am 3. März 2014 eingegangen ist.

E. 5.7.1

Dr. L.____ stellte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 20. Februar 2014 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Das chronische multilokuläre Schmerzsyndrom sei unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet, da kein organisches Korrelat für diese Beschwerden vorhanden sei und dies somit keinem rheumatologischen Krankheitsbild entspreche. Dieses Beschwerdebild müsse deshalb bezüglich seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit durch den psychiatrischen Gutachter beurteilt werden. Aus rein rheumatologischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden.

E. 5.7.2

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. M.____ vom 21. Februar 2014 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode erhoben. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. M.____ aus, aufgrund der Beschwerden vonseiten der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode lasse sich aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit von 30% begründen, dabei mitenthalten sei eine gleichzeitig vorhandene gewisse Verminderung der Leistungsfähigkeit. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem Auftreten der Depression etwa im Jahre 2009. Während der Hospitalisation in der C.____ habe selbstredend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Schliesslich hielt Dr. M.____ fest, dass die Beschwerden vonseiten der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten.

E. 5.7.3

Gestützt auf die telefonische Konsensbesprechung zwischen Dr. L.____ und Dr. M.____ vom 13. Februar 2014 wurde folgendes ausgeführt: Da sich aus rheumatologischer Sicht keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren lasse, könne als gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung diejenige des psychiatrischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden.

E. 5.8

Der behandelnde Arzt des Beschwerdeführers, Dr. med. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Schreiben vom 24. Februar 2015 aus, diagnostisch handle es sich beim Beschwerdeführer um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom. Die aktuelle depressive Episode dauere seit mindestens sechs Monaten an. Es komme immer wieder zu einem Wechsel zwischen mittelgradiger und schwergradiger depressiver Episode, jedoch gebe es leider keine leichten Episoden oder Phasen, in denen keine depressive Symptomatik vorhanden sei. Nach wie vor bestehe beim Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Chronifizierung der depressiven Episoden. Zudem erschwere die Chronifizierung und das langjährige Fernbleiben vom Arbeitsprozess eine Wiederaufnahme der Arbeit. Um in der freien Wirtschaft eine leichte Tätigkeit zu finden oder auszuüben, was behinderungsangepasst sein sollte, stünden die Chancen gleich Null. Mit Arztbericht vom 3. Februar 2016 führte Dr. N.____ aus, die Diagnose bleibe unverändert. Als kleine Ergänzung komme hinzu, dass die depressive Episode einen rezidivierenden Charakter bekommen und sich gefestigt habe. Aus psychiatrischer und medizinischer Sicht sowie aufgrund der Chronifizierung der depressiven Störung sei der Beschwerdeführer nach wie vor 100% arbeitsunfähig. Aus psychopathologischer Sicht sowie therapeutischer Sicht sei der Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt nicht einmal mehr in der Lage einer geschützten Arbeit nachzugehen.

E. 5.9

Der RAD-Arzt pract. med. O.____ nahm am 12. April 2016 unter Berücksichtigung der geänderten bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung Stellung. Er führte aus Dr. N.____ habe den Versicherten seit jeher zu 100% arbeitsunfähig und die Depressivität als Behandler stärker ausgeprägt gesehen als der Gutachter. Dies widerspreche der Tatsache,

dass sich der Versicherte seit 2011 nicht mehr in stationärer Behandlung befunden habe, obwohl Dr. N.____ von einer Chronifizierung und Verschlechterung der Depression ausgehe. Er gelangte ausserdem zum Schluss, im Lichte der neuen Rechtsprechung könne nach Analyse der Standardindikatoren aus medizinischer Sicht abschliessend davon ausgegangen werden, dass beim Versicherten genügend Ressourcen vorliegen würden. 6.1 Vorweg bringt der Beschwerdeführer vor, das Gutachten Dr. L.____ und Dr. M.____ vom Februar 2014 sei zu alt, als dass für den Rentenentscheid darauf hätte abgestellt werden können. Grundsätzlich ist dazu festzuhalten, dass das Gutachten im Zeitpunkt der Verfügung rund 1 ¾ Jahre alt war, was – wie auch die IV-Stelle einräumt – gerade für psychiatrische Gutachten eher alt ist. Andererseits ist mit der Vorinstanz anzumerken, dass auf ein bereits älteres Gutachten abgestellt werden kann, wenn keine konkreten Hinweise auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes vorliegen. Der Beschwerdeführer beruft sich zur Darlegung der Veränderung der Verhältnisse auf die Arztberichte des behandelnden Psychiaters Dr. N.____ vom 24. Februar 2015 und vom 3. Februar 2016. Zum letzten Bericht ist vorab anzumerken, dass er nach der angefochtenen Verfügung ergangen ist. Soweit also darin weitere Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erwähnt werden, können sie im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Im Bericht vom 24. Februar 2015 diagnostiziert Dr. N.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom. Dabei komme es immer wieder zu einem Wechsel zwischen mittelgradiger und schwergradiger depressiver Episode. Es gebe aber leider keine leichten Phasen, in denen keine depressive Symptomatik vorhanden sei. Es bestehe nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Damit wird aber keine Veränderung des Gesundheitszustands seit der Begutachtung durch Dr. M.____ geltend gemacht, sondern es wird der gleiche Sachverhalt anders beurteilt. Die Vorinstanz hat sich deshalb zu Recht nicht veranlasst gesehen, aufgrund des Zeitablaufs eine neue Begutachtung anzuordnen. 6.2 Der Beschwerdeführer moniert des Weiteren, dass die Beurteilung von Dr. M.____ inhaltlich im Widerspruch zu anderen medizinischen Befunden stehe. So verweist der Beschwerdeführer auf den Austrittsbericht der C.____ vom 4. August 2011, wo eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome genannt werde. Ausserdem habe im Rahmen der stationären Aufenthalte vom 10. November 2009 bis 12. Mai 2010 und vom 19. April bis 16. Juni 2011 in der C.____ eine Beschwerdeevaluierung stattgefunden, weshalb die Behauptung von Dr. M.____, man habe damals praktisch ausschliesslich auf die subjektiv geklagten Beschwerden abgestellt, unzutreffend sei. Im Übrigen sei auch dem Gutachten der E.____ eine Arbeitsfähigkeit von nur 60% zu entnehmen. Schliesslich seien auch die Berichte des behandelnden Arztes Dr. N.____ nicht gewürdigt worden. 6.3 Vorweg kann festgehalten werden, dass das Gutachten von Dr. M.____ grundsätzlich den Anforderungen an medizinische Gutachten genügt. Der Gutachter setzt sich mit anderslautenden medizinischen Berichten auseinander und erklärt allfällige Diskrepanzen. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass nicht alle medizinischen Berichte von der Einschätzung des Gutachters abweichen. Hinzuweisen ist diesbezüglich auf die Verlaufsbeurteilung von Dr. H.____ vom 10. August 2011. Auch im Gutachten der E.____ wurde eine Arbeitsfähigkeit von 60% attestiert. Anzumerken ist auch, dass die vom Beschwerdeführer angerufenen Berichte – abgesehen von denjenigen von Dr. N.____ – ihrerseits bereits älter sind und teilweise deutlich vor dem Gutachten von Dr. M.____ datieren. Auch der nachträglich erstellte Bericht der C.____ vom 9. Januar 2013 bezieht sich auf deutlich frühere Behandlungen im Zeitraum April bis Juni 2011. Dem

Beschwerdeführer ist zwar darin zuzustimmen, dass damals – entgegen dem Gutachten von Dr. M.____ – nicht nur auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt wurde, ansonsten wohl nicht zwei längere stationäre Aufenthalte erfolgt wären. Dies alleine fällt aber vorliegend nicht ins Gewicht. Zur Diskrepanz gegenüber Dr. N.____ ist festzuhalten, dass dieser sich im Bericht vom 24. Februar 2015 nicht mit den gutachterlichen Feststellungen auseinandersetzt. Dabei fällt auf, dass unabhängig vom Vorliegen einer mittel- oder schwergradigen Phase durchgehend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wird. Zudem führt Dr. N.____ aus, dass selbst in einer leichten Phase keine depressive Symptomatik vorhanden wäre, was nicht schlüssig erscheint. An dieser Stelle ist zudem auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts hinzuweisen, wonach der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen, Rechnung zu tragen ist (vgl. oben Ziff. 4.3). Tatsache ist, dass sich die medizinischen Einschätzungen hinsichtlich der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung über die letzten Jahre decken. Unterschiede ergeben sich hinsichtlich des Schweregrades der jeweiligen Phase. Dabei besteht das Problem, dass diese Phasen sich abwechseln können, weshalb eine gewisse Unsicherheit bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bleibt. Klar ist aber, dass eine mittelgradige Phase keine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründen kann. Nachvollziehbar ist auch, dass Dr. M.____ aufgrund seiner geschilderten Untersuchung zu einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung gelangt. Bei dieser Sachlage ist die von ihm ermittelte Arbeitsunfähigkeit von 30% nachvollziehbar. Die Beurteilung von Dr. N.____ erscheint auch insofern zweifelhaft, als dieser im jüngsten Bericht vom 3. Februar 2016 als Ergänzung aufführt, dass die depressive Entwicklung einen rezidivierenden Charakter bekommen habe. Dies erstaunt, hat er doch diese Diagnose bereits früher in Übereinstimmung mit dem Gutachter und anderen medizinischen Berichten gestellt. Auch die als neu geschilderten Zukunftsängste und Aggressionen sind bereits in früheren Berichten festgehalten worden. 6.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Vorinstanz zu Recht auf das Gutachten von Dr. M.____ abgestützt hat.

E. 7

Der Beschwerdeführer bringt des Weiteren vor, dass gestützt auf die neuste bundesgerichtliche Rechtsprechung eine Zusatzbeurteilung nach den Standardindikatoren angezeigt sei, weshalb eine neue Begutachtung in Auftrag zu geben sei. Mit Bericht vom 12. April 2016 nahm pract. med. O.____ unter Berücksichtigung der geänderten Schmerzrechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 141 V 281 ff.) Stellung. Dabei gelangte er zum Schluss, im Lichte der neuen Rechtsprechung könne nach Analyse der Standardindikatoren aus medizinischer Sicht abschliessend davon ausgegangen werden, dass beim Versicherten genügend Ressourcen vorliegen würden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. M.____ sei sogar sehr wohlwollend ausgefallen und aus heutiger Sicht würde im Grunde genommen keine Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Die Beurteilung von pract. med. O.____ geht wohl – soweit er von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgeht – zu weit; jedoch ist ihm darin zuzustimmen, dass beim Beschwerdeführer genügend Ressourcen vorliegen und er deshalb nicht über die von Dr. M.____ festgestellte Arbeitsunfähigkeit eingeschränkt ist. Im Übrigen ist fraglich, ob vorliegend die neue Schmerzrechtsprechung überhaupt anwendbar ist, da keine somatoforme Schmerzstörung oder ähnliches mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurde.

E. 8

Gestützt auf die obigen Ausführungen ergibt sich, dass dem Beschwerdeführer aus medizinisch-theoretischer Sicht die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit im Umfang von 70% zumutbar ist. 9.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hiervor), ist gemäss Art. 16 ATSG der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten 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). 9.2 Der Beschwerdeführer bringt in Bezug auf die Berechnung des IV-Grades lediglich vor, dass die IV-Stelle zu Unrecht keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen habe. Diesbezüglich ist mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass bei Zumutbarkeit von leichten und mittelschweren Arbeiten bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein zusätzlicher leidensbedingter Abzug gerechtfertigt ist. Dies, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteile des Bundesgerichts vom 17. September 2013, 9C_150/2013, E. 4.1; vom 30. Mai 2011, 9C_187/2011, E. 4.2.1). Im Übrigen würde selbst bei Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10% kein rentenbegründender IV-Grad resultieren. Der Beschwerdeführer macht zu Recht keine weiteren Einwendungen gegen den von der Vorinstanz vorgenommenen Einkommensvergleich geltend, weshalb darauf abgestellt werden kann.

E. 10

Zusammenfassend ergibt sich, dass die IV-Stelle zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente abgelehnt hat, weshalb die vorliegende Beschwerde abzuweisen ist.

E. 11

Abschliessend bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden.

E. 11.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 17. Februar 2016 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

E. 11.2

Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 17. Februar 2016 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 27. Juni 2016 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 7 Stunden 35 Minuten geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 85.50. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'730.35 (7 Stunden 35 Minuten à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr.85.50 + 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

E. 11.3

Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erklart: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'730.35 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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