

BL_GERICHTE 720 20 226/304 vom 14. März 2017

BL Gerichte, 2017-03-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_226_304

FR: BL_GERICHTE 720 20 226/304 du 14 mars 2017

IT: BL_GERICHTE 720 20 226/304 del 14 marzo 2017

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. 3.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 3.2 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). 3.3 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. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert

systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

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).

4.3 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 ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). 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). Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten

externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. Im Zentrum der medizinischen Beurteilung stehen indessen insbesondere die nachfolgenden medizinischen Unterlagen:

5.2 Nachdem Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem Gutachten vom 6. Januar 2017 beim Versicherten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hatte ausmachen können und der Versicherte - wie eingangs dargelegt - der IV-Stelle selbst mitgeteilt hatte, dass er wieder seinem gewohnten Pensum nachgehe, führte dies zur Ablehnung eines Leistungsanspruchs mit Verfügung vom 14. März 2017.

5.3 Nach Eingang der Anmeldung vom 11. Januar 2018 zog die IV-Stelle die Akten der Krankentaggeldversicherung bei. In seinem am 9. März 2018 zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstatteten Verlaufsgutachten diagnostizierte Dr. D.____ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F44.7). Unter dem Druck am Arbeitsplatz mit der Bedienung neuer Maschinen und den Anforderungen und Drohungen des Vorgesetzten sei es immer wieder zu dissoziativen Störungen mit Schwindel, Unsicherheit auf den Beinen und Kollapszuständen gekommen, wobei im Rahmen somatischer Abklärungen keine Ursache für die Beschwerden hätten ausgemacht werden können. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe in seinem Bericht vom Dezember 2017 richtig die Diagnose einer dissoziativen Störung (Konversionsneurose) gestellt. Hierbei sei es zu den geschilderten Beschwerden gekommen. Die Störung habe sich im Rahmen von Belastungen am Arbeitsplatz in den letzten Monaten entwickelt. Ferner leide der Explorand an einer prolongierten Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Störung gemischt, die sich auch im Rahmen einer belastenden Situation (Umzug seiner Abteilung in eine grosse Halle mit Einführung von neuen Maschinen) seit circa drei Jahren entwickelt habe. Die Arbeitsfähigkeit des Exploranden in der gleichen Abteilung sei erheblich und zu 100% eingeschränkt. In belastenden Situationen und bei nicht verarbeiteten innerseelischen Konflikten könne es immer wieder zu dissoziativen Störungen mit Verletzungsgefahr kommen. In einer seiner Erfahrung und Ausbildung entsprechenden Tätigkeit beim gleichen Arbeitgeber in einer anderen Abteilung in einem ruhigen Team, ohne Anforderungsdruck sei er zu 50% arbeitsfähig mit einer monatlichen Steigerung des Arbeitspensums um 25%.

5.4 Im Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 24. Mai 2018 (stationärer Aufenthalt vom 14. März - 9. Mai 2018) wurde als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) gestellt. Als Nebendiagnosen wurden eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45), eine somatoforme autonome Funktionsstörung: mehrere Organe und Systeme (ICD-10 45.37), eine Persönlichkeitsakzentuierung ängstlich-vermeidend, zwanghaft (ICD-10 Z73) sowie eine Migräne mit Aura (klassische Migräne) (ICD-10 G43.1) erhoben. Der Patient leide seit 2012 im Zusammenhang mit Schwierigkeiten am Arbeitsplatz an innerer Unruhe, Reizbarkeit, Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen, Sensibilitätsstörungen, Schwächegefühlen und weiteren unspezifischen Beschwerden. Diese würden trotz psychiatrischer und medikamentöser Behandlung immer stärker und hätten zu wiederholtem Aufsuchen von Notfallstationen, zahlreichen Abklärungen, einer stationären psychiatrischen Behandlung (2016) und häufiger Arbeitsunfähigkeit geführt. Diagnostisch sei von einer mittelgradigen depressiven Störung und einer Somatisierungsstörung auszugehen, bezüglich welcher aktenanamnestisch ein

typischer Verlauf mit Beginn 2012 mit multiplen Symptomen auszumachen sei. Zusätzlich bestehe ein Reizdarmsyndrom und aufgrund der hierdurch notwendigen organischen Abklärungen zusätzlich entwickelte hypochondrische Ängste. Insgesamt habe ein beginnendes Verständnis für psychosomatische Zusammenhänge erreicht werden können, welches es im nachfolgenden ambulanten bzw. teilstationären Setting zu stabilisieren gelte, um mittelfristig eine Teilarbeitsfähigkeit erreichen zu können. 5.5 In seinem ebenfalls im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstellten Gutachten vom 16. Januar 2019 gelangte Dr. C._____ zum Schluss, dass keine mit Sicherheit diagnostizierbaren psychiatrischen Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden wegen einer massiven Neigung zu Aggravation und (bewusstseinsnaher?) Rentenbegehrlichkeit bestehe (ICD-10 Z76.5). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Anpassungsstörung mit gemischten Gefühlen (Ärger, Wut, Verbitterung) (ICD-10 F43.23) bei psychosozialen Belastungen, eine somatoforme Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie anamnestisch eine dissoziative Störung (Konversionsstörung) (ICD-10 F44.7), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ängstlich-vermeidend, histrionisch, zwanghaft) (ICD-10 Z73.1, DD: 61.0) und eine Migräne mit Aura. Der Explorand sei laut stöhnend und klagend ins Untersuchungszimmer gekommen und habe sich vorsichtig auf den Stuhl gesetzt, als ob er fast zerbrechen würde. Danach habe er aber ohne irgendeine körperliche Einschränkung und Schmerzreaktion sehr beweglich seine Jacke ausgezogen. Ohne Aufforderung habe er sogleich zu einem halbstündigen Monolog angesetzt, indem er seinen Zustand massiv beklagt und sich alsdann über die Taggeldversicherung und die Ärzte beschwert habe. Die affektive Grundstimmung sei vor allem wütend und verärgert über die erneut notwendige und aufgezwungene vertrauensärztliche Untersuchung gewesen. Die beklagte depressive Grundstimmung sei affektiv nicht spürbar gewesen. Im Vordergrund seien Ärger, Wut und Verbitterung gestanden. Aufgrund der Aggravationsneigung sei nicht beurteilbar gewesen, inwiefern allenfalls ein (leichter) depressiv gefärbter Affekt neben dem dominierenden Wut- und Verbitterungsaffekt vorhanden gewesen sei. Anamnestisch werde von akzentuierten Persönlichkeitszügen gesprochen bzw. einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ängstlich-vermeidend, zwanghaft), was in der heutigen Untersuchung nicht eindeutig beurteilt werden könne. Die Krankengeschichte des Exploranden sei sehr lange und beinhalte widersprüchliche Beurteilungen. Diese würden alle auf etliche Inkonsistenzen und schwer nachvollziehbare Symptome hindeuten, die unter dem Titel von dissoziativen Symptomen, Somatisierungsstörung, somatoformer Schmerzstörung und somatoformer autonomer Funktionsstörung bei einer Persönlichkeit mit zumindest akzentuierten Zügen fungieren würden. Dabei sei von den Gutachtern immer wieder infrage gestellt worden, dass der Explorand psychiatrische und neurologische Diagnosen von Krankheitswert habe. Die gleichen Inkonsistenzen hätten sich auch in der heutigen Untersuchung gezeigt. Aufgrund der massiven Aggravationsneigung mit spürbarer und ostentativ geforderter Rentenbegehrlichkeit sei eine ruhige, dialogische psychiatrische Exploration nur begrenzt möglich gewesen. Die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Exploranden könne daher nicht beurteilt werden. Vielmehr stehe der Verdacht auf eine relativ bewusstseinsnahe Rentenbegehrlichkeit im Raum, auf dem Hintergrund von psychiatrischen Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, im Rahmen von psychosozialen Belastungen (Stellenverlust, Arbeitslosigkeit, ökonomischer Druck). 5.6 In der hierzu ergangenen RAD-Beurteilung vom 19. Februar 2019 hielt Dr. B._____ nach Prüfung der bundesgerichtlichen Standardindikatoren fest, dass die Arbeitsfähigkeit des

Versicherten für ungelernete Tätigkeiten und ohne das Bedienen von mehreren Maschinen nicht eingeschränkt sei. 5.7 Im Rahmen des Einwandverfahrens legte der Rechtsvertreter des Versicherten u.a. ein an ihn gerichtetes, vom 31. März 2019 datierendes Schreiben von Dr. E. ____ ins Recht. Darin führte Dr. E. ____ aus, dass das Gutachten von Dr. C. ____ aufgrund einer fehlenden sorgfältigen psychiatrischen Diagnosestellung nicht verwertet werden könne. Er würde die multiplen und wechselnden körperlichen Symptome, die beim Patienten schon seit Jahren bestehen würden, ignorieren und nicht zu einer entsprechenden Diagnose zusammenfassen. Hingegen unterstelle er dem Patienten Aggravationsneigung und würde auch das Ergebnis der Testung im Rahmen der Hamilton-Skala mit insgesamt 24 Punkten unter diesem Aspekt verwerfen. Die ständige Sorge um die Symptome hätten zu einem andauernden Leiden und zum Umstand geführt, dass der Patient sich wiederholt somatischen Untersuchungen unterzogen habe, in der Überzeugung, an einer somatischen Krankheit zu leiden. Er weigere sich zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegen würde. Der Patient zeige mehr als sechs Symptome und dies seit mindestens zwei Jahren, weshalb die diagnostischen Kriterien für eine Somatisierungsstörung erfüllt seien. Die zusätzlich bestehende depressive Symptomatik sei derzeit leichtgradig. Ferner zeige der Patient zunehmend die Symptomatik einer generalisierten Angststörung. 5.8 Im Zeitraum vom 16. Oktober bis 11. Dezember 2019 war der Versicherte in der Klinik G. ____ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 13. Januar 2020 wurde u.a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode (ICD-10 F33.2), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) diagnostiziert. Der Patient sei bei Eintritt in die Klinik deutlich niedergestimmt gewesen, mit Interesse- und Freudverlust, Antriebslosigkeit sowie Insuffizienz- und Schuldgefühlen gegenüber der Familie. Als sehr belastend sei die Somatisierungsstörung wahrgenommen worden mit einer Vielzahl von körperlichen Symptomen. Zu Beginn sei der Patient deutlich misstrauisch gewesen. Durch geeignete Massnahmen habe indessen eine therapeutische Arbeitsbeziehung aufgebaut werden können, in der es ihm langsam gelungen sei, sich zu öffnen und über die belastenden psychischen Faktoren zu sprechen. Eine als grosse Ungerechtigkeit empfundene Rentenablehnung sowie der Abbruch eines Arbeitsversuches der Invalidenversicherung hätten eine starke Kränkung und Wut verursacht, was als aufrechterhaltender Faktor der Krankheit zu werten sei. Durch die Fixierung darauf sowie die als sehr einschneidend wahrgenommenen subjektiven körperlichen Einschränkungen erlebe der Patient wenig korrektive Erfahrungen bezüglich der Somatisierungsstörung. Eine leichte Stimmungsaufhellung sei zum Abschluss des Aufenthalts feststellbar gewesen. 5.9 Mit Aktenbeurteilung vom 27. Februar 2020 führte Dr. B. ____, RAD, unter Hervorhebung einzelner Passagen aus den vorstehend zitierten Berichten aus, dass es, wie schon in der Stellungnahme vom 19. Februar 2019, Hinweise auf maladaptives Verhalten ohne Krankheitswert sowie auf Inkonsistenzen und Aggravation gebe. In Übereinstimmung mit Dr. C. ____ würde sie im Gegensatz zu Dr. E. ____ von einer somatoformen Störung ausgehen. Bei dieser handle es sich indessen um eine Diagnose ohne Krankheitswert. Zum einen aufgrund der relevanten Komponente der Aggravation und zum anderen aufgrund einer geringgradigen Komorbidität der lediglich leichten Depressivität. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 4. Mai 2020 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf das hiervor zitierte Gutachten von Dr. C. ____ vom 16. Januar 2019 sowie die hierzu ergangenen RAD-Beurteilungen vom 19. Februar 2019 bzw. 27. Februar 2020.

Demzufolge ging sie davon aus, dass keine mit Sicherheit diagnostizierbaren psychiatrischen Störungen mit Krankheitswert bzw. mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Vielmehr sei eine massive Neigung zu Aggravation mit Rentenbegehrlichkeit anzunehmen. Wie nachfolgend darzulegen sein wird, kommt diesem Gutachten - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin - keine ausschlaggebende Beweiskraft zu, so dass nicht darauf abgestellt werden kann. 6.2 Vorab deuten Stil und Inhalt einzelner gutachterlicher Äusserungen auf eine gewisse Voreingenommenheit des Gutachters hin. Dies gilt etwa für die Aussage, der Explorand sei "im Gegensatz zum letzten Begutachtungstermin pünktlich erschienen", vor allem aber für die an verschiedener Stelle mit (z.T. mehreren) Fragezeichen versehenen Ausführungen des Exploranden, wodurch der Gutachter deren Glaubhaftigkeit offensichtlich anzweifelt, ohne jedoch deren Inhalt durch eigene Abklärungen zu verifizieren. Gleichzeitig fällt auf, dass die von Dr. C.____ beschriebenen Schwierigkeiten bei der Befunderhebung ausschliesslich bei ihm auftraten, während bei anderen Begutachtungen oder Untersuchungen derartige Probleme offensichtlich nicht auftauchten. 6.3 Ungeachtet dieser Feststellungen fällt aber insbesondere ins Gewicht, dass Dr. C.____ zwar die Diagnosen einer anamnestisch dissoziativen Störung (Konversionsstörung) (ICD-10 F44.7) sowie einer somatoformen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - wenngleich auch unter dem Titel ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - stellte, er es dabei jedoch gänzlich unterliess, sich mit den hierfür erforderlichen klassifikatorischen Merkmalen auseinanderzusetzen. Eine solche Auseinandersetzung wäre indessen umso mehr angezeigt gewesen, als er ein psychiatrisches Störungsbild von Krankheitswert aufgrund aggravatorischen Verhaltens ausschliesst. Lässt sich ein anlässlich der fachärztlichen Begutachtung erhobenes Verhalten auf Aggravation zurückführen, so kann nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts eine diagnostische Zuordnung der festgestellten Symptomatik unterbleiben genauso wie eine indikatorengeleitete Überprüfung des psychischen Leidens (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2019, 8C_95/2019, E. 6.3.3 und vom 31. August 2018, 8C_728/2017, E. 3.2.2). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2019, 8C_825/2019, E. 6.2 mit Hinweisen; ferner BGE 141 V 281 E. 2.2.2 mit Hinweis auf Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2019, 8C_825/2019, E. 6.2). Ungeachtet der Tatsache, dass mangels entsprechender Ausführungen Unklarheit darüber besteht, ob sich die behauptete Aggravation allenfalls auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückführen liesse, kann aufgrund der Darlegungen von Dr. C.____ nicht auf eine eigentliche Simulation bzw. Aggravation geschlossen werden. Zwar ist der Beschwerdegegnerin dahingehend beizupflichten, dass sich mit Blick auf die Befunderhebung einzelne Hinweise zu einem solchen Verhalten hin ausmachen lassen. Ob damit die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens überschritten werden, ist indessen in Zweifel zu ziehen. Diese Zweifel sind umso gewichtiger, als Dr. C.____ (genauso wie auch Dr. B.____ in ihrer Beurteilung vom 27. Februar 2020) seine Schlussfolgerungen im Wesentlichen mit einzelnen, isoliert hervorgehobenen Passagen aus früheren Begutachtungen und

Beurteilungen untermauert. Dabei lässt sich insbesondere die gutachterliche Aussage, wonach mit Blick auf die Krankheitsgeschichte des Exploranden immer wieder in Frage gestellt worden sei, dass derselbe an Diagnosen mit Krankheitswert leide, anhand der Aktenlage nicht verifizieren. So wird zwar u.a. von theatralischem Verhalten des Versicherten berichtet (vgl. z.B. IV-act. 42, S. 17), der Verdacht auf eine Aggravation wurde indessen bis zu diesem Zeitpunkt nie geäußert. Genauso wenig spricht die angeführte Tatsache, dass aus somatischer Hinsicht keine Erklärung für die geklagten Beschwerden ausgemacht werden konnte, gegen das Vorliegen einer psychiatrischen Störung. Soweit sich Dr. C.____ mit pauschalen Hinweisen auf aus dem Kontext losgelöste Aussagen, u.a. auch aus dem Bericht der Klinik H.____ vom 24. Mai 2018, begnügt, verkennt er, dass sowohl dort als auch in weiteren Berichten Diagnosen mit Krankheitswert gestellt worden sind. So werden im besagten Bericht bspw. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45) erhoben, wobei für letztere ein aktenanamnestisch typischer Verlauf mit Beginn 2012 mit multiplen Symptomen beschrieben wird. Auch in anderen Berichten wird wiederholt das einer Somatisierungsstörung inhärente Beschwerdebild beschrieben, wobei auch die Problematik hervorgehoben wird, dass der Explorand sich weigere zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegen würde (vgl. IV-act. 107 und 96 bzw. E. 5.7 und 5.8 hiervor). Eine Auseinandersetzung mit diesen Diagnosen unterblieb jedoch genauso wie eine solche mit abweichenden Beurteilungen der behandelnden und vorbegutachtenden Fachärzte weitestgehend. Schliesslich fehlt es dem Gutachten, wie auch Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 31. März 2019 (E. 5.7 hiervor) zutreffend darlegte, an einer nachvollziehbaren Begründung, weshalb eine rezidivierende depressive Störung oder eine psychotische Störung nicht vorliegen. 6.4 Nach dem Gesagten erlaubt das Gutachten von Dr. C.____ weder eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts noch bildet es eine rechtsgenügeliche Grundlage, um einen Leistungsanspruch infolge Aggravation zu verneinen. Vor diesem Hintergrund wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, den Gesundheitszustand des Versicherten vor Verfügungserlass eingehender abklären zu lassen. Indem sie jedoch lediglich versicherungsmedizinische Aktenbeurteilungen bei Dr. B.____, RAD, einholte, ist sie ihrer - aus dem Untersuchungsgrundsatz resultierenden - Pflicht zur richtigen und vollständigen Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts nur unzureichend nachgekommen. Da die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte ebenfalls keine verlässliche Entscheidungsgrundlage bilden, sind die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht ausreichend beweiskräftig. Der relevante medizinische Sachverhalt bedarf deshalb weiterer Abklärung.

E. 7

Hingegen kann bereits an dieser Stelle festgehalten werden, dass gestützt auf das Gutachten von PD Dr. med. I.____, FMH Neurologie, vom 7. Februar 2018 davon ausgegangen werden kann, dass beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine organischen Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehen. Das Gutachten erfüllt sämtliche Voraussetzungen, die das Bundesgericht an eine beweistaugliche Beurteilungsgrundlage stellt (vgl. E. 4.2 f. hiervor). Es lassen sich weder dem Gutachten noch weiteren medizinischen Unterlagen Hinweise entnehmen, die geeignet wären, Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen zu begründen. Der Beschwerdeführer macht denn auch zu Recht keine Einwände in somatischer Hinsicht

geltend.

E. 8

Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist demnach festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung vom 4. Mai 2020 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen ist. Diese hat den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens neu abklären zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer zusätzlichen medizinischen Abklärungen wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

9.2 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. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hat deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei die Verfahrenskosten zu tragen. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- sind der IV-Stelle aufzuerlegen.

9.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem obsiegenden Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung zulasten der IV-Stelle zuzusprechen. In der Honorarnote vom 11. August 2020 hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von 11,5 Stunden geltend gemacht, was angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Nicht zu beanstanden sind sodann grundsätzlich die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen. Jedoch beträgt der Auslagenersatz für Massenkopien gemäss § 15 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 lediglich Fr. 0.50, weshalb die Auslagenentschädigung entsprechend zu kürzen ist. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'332.35 (11,5 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Spesen und Auslagen von Fr. 219.10 sowie 7.7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

E. 10

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbstständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen

Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird erkannt: *://*: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 4. Mai 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'332.35 (inkl. Auslagen und 7.7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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