

BL_GERICHTE 720 20 316/49 vom 24. September 2007

BL Gerichte, 2007-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_316_49

FR: BL_GERICHTE 720 20 316/49 du 24 septembre 2007

IT: BL_GERICHTE 720 20 316/49 del 24 settembre 2007

Regeste

IV-Rente

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, so dass 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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 2. September 2020 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Juli 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2). 3.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), 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 Viertelsrente, 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). Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 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 eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands 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 (vgl. BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. 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 (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (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). Gemäss diesen Richtlinien 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 (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des bzw. der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes bzw. Ärztin einerseits und von Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten und Expertinnen andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

E. 5

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2). 6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind. 6.2 Die Unfallversicherung liess den Versicherten durch ihren Vertrauensarzt Dr. med. G.____, FMH Chirurgie, untersuchen. Am 23. Oktober 2017 diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein am 30. April 2017 erlittenes Trauma am rechten Fuss mit leichter Prellung der Ferse und einem Verdacht auf eine Reizung der Peronealsehnen. Ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit bestünde der Verdacht auf eine Lumboischialgie. Das zeitnah zum Unfall angefertigte MRI habe keine unfallbedingten Schädigungen am rechten Fuss gezeigt. Anlässlich der Untersuchung habe der Versicherte vom rechten Aussenknöchel bis in die rechte Hüfte ausstrahlende Schmerzen angegeben. Der rechte Fuss sei weitgehend unauffällig und der Schmerzpunkt im Bereich des Aussenknöchels nicht reproduzierbar. Der Versicherte sei seit dem 14. Mai 2017 uneingeschränkt arbeits-

und leistungsfähig. 6.3 Am 15. Januar 2018 diagnostizierte der behandelnde Arzt Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine seit November 2017 bestehende mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10), jedoch mit ausgeprägten Angstzuständen. Der Versichere sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Im Affekt wirke er deprimiert und der Antrieb sei vermindert. Es bestünden Ängste, Appetit- und Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit und eine soziale Isolation. Zudem habe er Konzentrationsprobleme. Der Versicherte sei innerlich blockiert und berichte über latente Suizidgedanken. Formale oder inhaltliche Denkstörungen oder ein psychotisches Geschehen seien aber nicht feststellbar. Die Therapiegespräche würden wöchentlich durchgeführt und der Versicherte nehme ein Antidepressivum und Beruhigungsmittel ein. Zurzeit bestünde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands sei zu rechnen. 6.4 Die Unfallversicherung veranlasste bei der GUTSO, Interdisziplinäre medizinische Begutachtungen GmbH (GUTSO) eine psychiatrische Plausibilitätsabklärung. Am 28. April 2018 diagnostizierte Prof. Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) bei eventueller narzisstischer Persönlichkeit. In der Exploration sei die Aufmerksamkeit teilweise beeinträchtigt und das Denken leicht- bis mittelgradig verlangsamt, jedoch klar und geordnet. Teilweise bestünde der Eindruck einer gewissen Denkhemmung, wobei das Denken eindeutig auf das Thema Gesundheit eingeeengt sei. Zudem sei ein Grübeln festzustellen. Der Versicherte wirke mittelstark deprimiert, offensichtlich hoffnungslos, aber auch ratlos und gefühlsverarmt. Aufgrund der Schilderungen müsse eine Störung der Vitalgefühle angenommen werden. Es bestünde offensichtlich eine Ängstlichkeit und der Versicherte sei innerlich deutlich angespannt. Es falle ihm schwer, Entscheidungen zu treffen. Teilweise würden Schuldgefühle angedeutet. Die affektive Modulation sei relevant vermindert und es bestünde teilweise eine Affektintoleranz ohne Hinweise auf eine Affektlabilität. Im Antrieb wirke der Versicherte deutlich reduziert. Die Psychomotorik sei mässig beeinträchtigt. Der angegebene soziale Rückzug wirke authentisch. Aufgrund der Akten, der Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. H.____ und der Feststellungen in der Untersuchung bestünde seit längerer Zeit eine ängstlich-depressive Entwicklung in mindestens mittelstarker Ausprägung. Ob eine Persönlichkeitsstörung oder zumindest akzentuierte Persönlichkeitszüge zu bejahen seien, lasse sich nicht beurteilen. Es sei von einer relevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Mit einer angemessenen Behandlung könne eine vergleichsweise rasche Besserung und Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustands erreicht werden. Die bisherige Therapie erscheine unzureichend, wofür aber in erster Linie die mangelnde Therapieadhärenz des Versicherten verantwortlich sei. 6.5 Am 9. Juli 2018 stellte Dr. H.____ fest, dass sich die depressive Symptomatik trotz antidepressiver Medikation chronifiziert habe. Für ein stationäres oder teilstationäres Behandlungssetting sei der Versicherte nicht motiviert. Dafür bestünde aber auch keine eindeutige medizinische Indikation. Ab dem 1. August 2018 betrage die Arbeitsunfähigkeit 80%, ab dem 1. Oktober 2018 sei mit einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 50% zu rechnen. 6.6 Die IV-Stelle beauftragte die Dres. D.____ und E.____ mit einem bidisziplinären Gutachten, welches am 20. Juni 2019 erstattet wurde. Darin wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine ängstlich-depressive Störung (ICD-10 F41.2), eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts, ein Status nach lateraler rechtsseitiger Fersenprellung, ein initial myofaszielles Syndrom, eine radiomorphologisch

lumbosakrale Übergangsanomalie und wahrscheinlich ein Knocheninfarkt mit zentraler zystischer Knochenläsion im rechten Darmbein. Aufgrund der aktuellen Bildgebung mit MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) könne eine intermittierende belastungsabhängige Claudicatio radicularis rechtsseitig mit Rezessuseinengung L4/5 bei degenerativem Wirbelgleiten L4/5 diskutiert werden. Sensomotorische Ausfälle würden aber nicht bestehen. Es hätten sich deutliche Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben und den objektiven Befunden gezeigt. Namentlich sei es schwierig, die in Ruhe bestehenden Schmerzen der rechtsseitigen Ischialgie zu erklären. Aus somatischer Sicht sei von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als selbstständiger Versicherungsberater auszugehen. In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass der Versicherte über unfallbedingte körperliche Beschwerden klage, wobei die Schilderung etwas diffus sei. Er berichte von Ängsten, vor allem vor dem Alleinsein, und von innerer Unsicherheit. Die Stimmung sei etwas herabgesetzt, aber nicht depressiv. Der Versicherte mache einen gefassten Eindruck, berichte ausführlich und differenziert über seinen Alltag und seine Beschwerden. Konzentrationsstörungen oder -schwächen seien nicht feststellbar. Er sei wach, bewusstseinsklar, gut orientiert, drücke sich differenziert aus und habe auf die gestellten Fragen gut eingehen können. Zudem seien die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen intakt. Das Denken sei nicht eingeengt und der Versicherte zeige weder ein Gedankenabreissen noch Neologismen noch eine Gedankenleere. Hinweise auf überwertige Ideen seien nicht erkennbar. Wahnhafte Denken oder Wahnvorstellungen seien ebenfalls nicht vorhanden. Zudem gäbe es keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen oder Halluzinationen. Der Versicherte habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person. Er könne sich gegenüber seiner Umgebung klar abgrenzen. Zwangsgedanken oder -handlungen seien nicht vorhanden. Hinweise auf Veränderungen der Stimmung oder des Antriebs im Laufe des Tages würden sich nicht ergeben. Seine Angaben, wonach er Gesellschaft suche, um seinen Ängsten vor dem Alleinsein begegnen zu können, und sich bei humoristischen Sendungen entspannen könne und fröhlich sei, seien keinesfalls typisch für eine Depression. Auch spreche der Umstand, dass - wie der Versicherte berichte - die Behandlung mit Antidepressiva zu massiven Nebenwirkungen führe, gegen eine mittelgradige oder schwere Depression. Zudem sei nicht nachvollziehbar, dass er über schwerste Konzentrationsstörungen klage, gleichzeitig aber in der Lage sei, Auto und noch bis vor kurzem Motorrad zu fahren. Anlässlich der Untersuchung hätten keine Konzentrationsstörungen und kein verminderter Antrieb festgestellt werden können. Der Versicherte sei auch nicht durch ausgeprägte Ängste beeinträchtigt. Er treffe sich zwei- bis dreimal pro Woche mit Kollegen, unternehme regelmässig Spaziergänge, sei mit dem Fahrrad oder dem Auto unterwegs, erledigte Einkäufe und pflege rege soziale Kontakte. Eine eigenständige Angsterkrankung oder eine eigenständige depressive Erkrankung könnten nicht diagnostiziert werden. Vielmehr handle es sich um eine leichtgradig ausgeprägte ängstlich-depressive Störung, die den Versicherten im Alltag kaum einschränke und die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige. Entgegen der Auffassung des behandelnden Arztes Dr. H.____ liege keine mittelgradige depressive Episode vor. So sei die Stimmung des Versicherten nicht depressiv, sondern lediglich leichtgradig herabgesetzt. Er sei auch nicht traurig und der Antrieb sei nicht vermindert. Vielmehr gestalte der Versicherte seinen Tag aktiv und die geklagte Schlafstörung sei mit einem schlafanstossenden Antidepressivum behandelbar. Eine soziale Isolation bestünde ebenfalls nicht, weshalb insgesamt nicht von einer depressiven Störung auszugehen sei. Auch Prof. Dr. I.____ habe eine ängstlich-depressive Störung festgestellt. Bei dieser

Störung würden die Symptome nicht ausreichen, um eine Angst- oder eine depressive Störung diagnostizieren zu können. Es handle sich vielmehr um ein sehr leichtgradiges psychiatrisches Zustandsbild. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte nach dem Unfall 30. April 2017 zu keiner Zeit eine mittelgradige oder schwere Depression aufgewiesen habe. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Dies gelte auch in gesamtmedizinischer Hinsicht. 6.7 Am 13. November 2019 nahm Dr. H.____ Stellung zum Gutachten von Dr. G.____. Er hielt daran fest, dass die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) erfüllt seien. Ab April 2019 habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Eine depressive Episode sei auch von Prof. Dr. I.____ beschrieben worden. Es sei Teil der ressourcenorientierten Behandlung, dass der Versicherte zu Alltagsaktivitäten ermuntert werde, um von den depressiven Symptomen wegzukommen. Die Feststellung des Gutachters, wonach die beim Versicherten aufgetretenen Nebenwirkungen infolge der medikamentösen Behandlung gegen eine mittelgradige oder schwere Depression sprächen, sei wissenschaftlich nicht belegt. Der Gutachter habe versucht, den Versicherten so gesund als möglich darzustellen. Demgegenüber sei den Beurteilungen des behandelnden Psychiaters überhaupt kein Gewicht beigemessen worden. 7.1 Wie oben (vgl. E. 4.4 hiervor) dargelegt, 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. Solche Indizien liegen keine vor. Das Gutachten der Dres. D.____ und E.____ vom 20. Juni 2019 erfüllt sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Die Gutachter hatten Kenntnis von sämtlichen medizinischen Vorakten, sie setzten sich in angemessener Weise mit den geäußerten Beschwerden auseinander und begründeten die Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. In inhaltlicher Hinsicht vermag zu überzeugen und ist zu Recht unbestritten, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufweist. Auch die psychiatrische Beurteilung ist nachvollziehbar. Es wird deutlich, dass beim Versicherten weder die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.10) erfüllt noch ausgeprägte Angstzustände vorhanden sind und die leichtgradig ausgeprägte ängstlich-depressive Störung im Sinne von ICD-10 F41.2 seine Leistungsfähigkeit kaum beeinträchtigt. Insgesamt bestehen keine Anhaltspunkte, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen nicht lege artis erfolgt wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1 mit Hinweis, in: SVR 2016 IV Nr. 53 S. 178). Zwar weist das psychiatrische Teilgutachten gewisse Schwächen auf. Namentlich ist die Erfassung und Diskussion der Standardindikatoren eher knapp ausgefallen. Diese Unzulänglichkeiten vermögen aber letztlich am Beweiswert des Gutachtens nichts zu ändern, weshalb darauf abgestellt werden kann. 7.2.1 Daran vermögen die Vorbringen in der Beschwerde nichts zu ändern. Der Beschwerdeführer macht geltend, Dr. E.____ sei angesichts seines bekannten hohen Auftragsvolumens für IV-Stellen wirtschaftlich von der IV abhängig. Daher sei es angezeigt, sein Gutachten - wolle man nicht von vornherein eine Befangenheit annehmen - anhand der Grundsätze zu den Berichten versicherungsinterner

medizinischer Fachpersonen zu würdigen, wonach bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellungen genügen, um einem Bericht den Beweiswert abzuspüren und ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Zudem beantragte er, die IV-Stelle sei anzuweisen, die an Dr. E. ____ im Jahr 2019 vergebenen Aufträge bzw. das entsprechende Honorarvolumen offenzulegen. 7.2.2 Hierzu ist festzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung aus dem Umfang einer Begutachtungstätigkeit für sich allein noch keine Befangenheit des Experten oder der Expertin abgeleitet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2016, 8C_354/2016, E. 5.2 mit Hinweisen). Deshalb besteht auch kein Anlass zu weiteren Abklärungen betreffend das von Dr. E. ____ im Jahr 2019 durch IV-Aufträge erzielte Auftrags- bez. Honorarvolumen. Zwar können strengere Anforderungen an die Beweiswürdigung gestellt werden, falls eine Gutachterperson ihr Einkommen weitgehend durch Gutachtensaufträge der IV erzielt und insoweit eine wirtschaftliche Abhängigkeit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2016, 8C_354/2016, E. 5.3). Ob diese strengeren Anforderungen an die Beweiswürdigung hier zum Zug kommen sollen, kann aber offen gelassen werden, da die vom Beschwerdeführer ins Feld geführten Rügen und Arztberichte der involvierten Fachärzte an der Beurteilung von Dr. E. ____ keine auch nur geringen Zweifel zu begründen vermögen, wie sich nachstehend ergibt. 7.3 Der Beschwerdeführer rügt, es sei irritierend, dass Dr. E. ____ das Vorliegen einer mittelgradigen oder schweren depressiven Störung und damit einhergehend eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auch retrospektiv kategorisch ausschliesse. Seine Beurteilung stünde in einem unauflösbaren Widerspruch zu denjenigen der Dres. H. ____ und I. ____, welche beide von erheblichen psychischen Beeinträchtigungen und zumindest bis Juni 2018 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ausgehen würden. Dem ist zunächst entgegenzuhalten, dass Prof. Dr. I. ____ beim Beschwerdeführer keine schwerwiegende psychische Erkrankung feststellte. Vielmehr ordnete er die Befunde der Diagnose "Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2)" zu, was diagnostisch mit der Beurteilung von Dr. E. ____ übereinstimmt. Zudem beinhaltet der Bericht von Prof. Dr. I. ____ vom 28. April 2018 keine nachvollziehbare und indikatorengestützte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, weshalb er schon aus diesem Grund keine verlässliche Entscheidungsgrundlage bildet. Seine Hinweise, wonach mit einer angemessenen Behandlung eine vergleichsweise rasche Besserung und Stabilisierung des psychischen Zustands erreicht werden könne und die mangelnde Therapieadhärenz des Versicherten fachärztlich nicht nachvollziehbar sei, sprechen gegen eine schwere psychische Erkrankung. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers begründete Dr. E. ____ die diagnostische Zuordnung und legte unter Hinweis auf das hohe Aktivitätsniveau, die persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers und die vorhandenen Inkonsistenzen nachvollziehbar dar, weshalb auch retrospektiv - anders als von Prof. Dr. I. ____ postuliert - nicht von einer relevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers setzte sich Dr. E. ____ auch hinreichend mit den für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Gesundheitsschäden zu beachtenden Standardindikatoren auseinander, wobei er zum überzeugenden Schluss kam, dass der Beschwerdeführer aufgrund der leichtgradig ausgeprägten depressiven Verstimmungen, der Ängste und der Schmerzen im Alltag kaum eingeschränkt sei. Die im Gutachten beschriebenen erheblichen persönlichen und sozialen Ressourcen vermag der Beschwerdeführer nicht substantiiert in Frage zu stellen. Bei dieser Sachlage kann auf eine detaillierte Gegenüberstellung von privaten und beruflichen Aktivitäten bzw.

Leistungsmöglichkeiten und -einschränkungen verzichtet werden. Insgesamt gibt die Beurteilung von Dr. E.____ ein schlüssiges Bild zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und der daraus resultierenden Leistungsfähigkeit. Sie steht auch im Einklang mit der Rechtsprechung, wonach die Diagnose "Angst und depressive Störung, gemischt" gemäss ICD-10 F41.2 ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren ist, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juli 2011, 8C_437/2011, E. 3.2.3 mit Hinweis). 7.4 Soweit sich der Beschwerdeführer auf die abweichende Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. H.____ beruft, ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Weiter ist zu beachten, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern die Gutachter - wie hier - lege artis vorgegangen sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 8C_835/2018, E. 3 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer legt nicht substantiiert dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass aus dem Bericht des behandelnden Arztes Dr. H.____ vom 9. September 2019 Gesichtspunkte hervorgingen, die vom psychiatrischen Gutachter nicht berücksichtigt worden wären. Die Tatsache, dass Dr. E.____ die erhobenen Befunde diagnostisch anders einordnete als Dr. H.____, der eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10) diagnostizierte, schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht. Dies umso weniger, als sich Dr. E.____ mit der abweichenden Diagnose des behandelnden Psychiaters auseinandersetzte. Er legte plausibel dar, weshalb seiner Auffassung nach die Kriterien für eine mittelgradige depressive Störung nicht erfüllt seien. Dies tat er unter Verweis auf die klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10. Eine offensichtlich unrichtige Sachverhaltsfeststellung bezüglich der diagnostischen Zuordnung ist nicht ersichtlich.

E. 8

Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was geeignet wäre, den Beweiswert des Gutachtens der Dres. D.____ und E.____ vom 20. Juni 2019 in Zweifel zu ziehen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragte zusätzliche Abklärung verzichtet und davon ausgegangen werden kann, dass der Beschwerdeführer kein invalidisierendes Leiden aufweist. Die angefochtene Verfügung vom 3. Juli 2020 ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde deshalb abzuweisen.

E. 9

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- 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 ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Bei die diesem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Be-schwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

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