

BL_GERICHTE 720 20 61 / 293 vom 5. Januar 2017

BL Gerichte, 2017-01-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_61___293

FR: BL_GERICHTE 720 20 61 / 293 du 5 janvier 2017

IT: BL_GERICHTE 720 20 61 / 293 del 5 gennaio 2017

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 5. Februar 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 2. Januar 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), 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 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 (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 (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 Am 24. Juni 2015 diagnostizierten die behandelnden Ärzte der Klinik F. ____ eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei traumatisierendem Ereignis. Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen beständen nicht. Der formelle Gedankengang sei kohärent. Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Der Versicherte imponiere deprimiert, ängstlich und klagsam. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten. Er beschreibe einen reduzierten Antrieb und berichte von Ein- und Durchschlafstörungen. Diagnostisch seien die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) erfüllt. 6.3 Auf Anfrage der Suva berichtete der behandelnde Arzt Dr. med. G. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 14. Februar 2016 über die aktuellen Probleme des Versicherten und den Verlauf der Therapie. Er nannte eine Anpassungsstörung mit

Depression, Angst und Dysphorie (ICD-10 F43.23) nach traumatisierendem Ereignis mit Claviculafraktur links am 2. April 2015 und eine posttraumatische Verbitterungsstörung.

6.4 In ihren Berichten vom 23. Mai 2016 und 26. September 2016 diagnostizierte die behandelnde Fachpsychologin lic. phil. H.____ eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) und eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1).

6.5 Am 7. Februar 2017 führten Dr. med. I.____, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie, und lic. phil. H.____ als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) und eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1 [recte wohl: ICD-10 F32.11]) auf.

6.6 Anlässlich des Strafverfahrens gegen den Unfallverursacher liess die Staatsanwaltschaft Basel-Stadt den Versicherten beim Institut für Rechtsmedizin der Universität X.____ begutachten. Am 20. Februar 2017 hielten die Gutachter fest, dass sich dieser zu keinem Zeitpunkt in unmittelbarer Lebensgefahr befunden habe. Weiter wiesen sie darauf hin, dass eine PTBS attestiert worden sei und er deswegen psychotherapeutisch und pharmakologisch behandelt werde. Zudem sei beim Versicherten eine mittelgradige depressive Episode bejaht worden. Diese könne aber nicht mit genügender Sicherheit auf das Ereignis vom 2. April 2015 zurückgeführt werden. Die geklagten Kopfschmerzen seien nach Auffassung des Neurologen auf Verspannungen zurückzuführen.

6.7 Am 15. September 2017 diagnostizierte die behandelnde Ärztin Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) und ein PTBS (ICD-10 F43.1). Der Versicherte wirke angespannt, misstrauisch und angetrieben. Der Gedankengang sei beschleunigt und assoziativ inhaltlich aber auf den Unfall und dessen Folgen auf seinen Alltag sowie seine Zukunft eingengt. Es bestünde eine ausgeprägte Affektlabilität mit raschen Schwankungen zwischen depressiv-dysphorischer Grundstimmung, Angst, Ärger und Wut. In seinen Zukunftsvisionen wechsele er häufig zwischen Resignation und Hoffnung und in seiner Selbsteinschätzung zwischen ausgeprägten Insuffizienzgefühlen und übersteigertem Selbstwert. Er bejahe Ein- und Durchschlafstörungen, Vermeidung und Rückzug, Alpträume, Erinnern an den Unfall und Ängste, die Kontrolle über seinen Ärger und seine Wut zu verlieren. Die psychische Verfassung des Versicherten sei stark schwankend. Es läge eine verminderte psychische Belastbarkeit, Stresstoleranz und Flexibilität vor. Der Versicherte leide unter den unklaren Zukunftsperspektiven, seiner Abhängigkeit vom Sozialamt, den versicherungsrechtlichen Auseinandersetzungen und dem Warten auf den Ausgang des eingeleiteten Strafverfahrens. Er sei isoliert und habe neben der Familie und einem Kollegen kaum regelmässige soziale Kontakte. Es sei anzunehmen, dass er mit geeigneter Unterstützung eine (Teil)Arbeitsfähigkeit wiedererlange. Der Versicherte bedürfe dringend einer geregelten Tagesstruktur mit langsamem Wiederaufbau seiner Leistung, seinen Fähigkeiten und seines Selbstvertrauens.

6.8 Die IV-Stelle veranlasste bei den Dres. C.____ und D.____ ein bidisziplinäres Gutachten, welches am 18. Februar 2019 erstattet wurde. Darin wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit residuelle Schulterbeschwerden links bei Status nach lateraler instabiler Claviculafraktur nach Trauma vom 2. April 2015 (ICD-10 S42.0) diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden passiv-aggressive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) und bilaterale Spreizfüsse (ICD-10 M21.6). Anlässlich der aktuellen rheumatologischen Untersuchung fände sich im Bereich der linken Schulter ein Endzustand. Zudem persistiere eine Läsion des Plexus brachialis links in Form von konstantem Kribbeln und Hypästhesie. Weitere relevante Veränderungen oder Läsionen hätten sich am Bewegungsapparat nicht feststellen

lassen. Aus den residuellen posttraumatischen Veränderungen resultiere eine verminderte Belastbarkeit der linken Schulter beim Heben, Tragen oder Stossen von Lasten über 10 kg sowie eine verminderte Beweglichkeit und endphasige Schmerzen bei Abduktion über 130° der linken Schulter. Die vom Versicherten geltend gemachten massiven Einschränkungen in Bezug auf eine künftige berufliche Wiedereingliederung würden sich anhand der objektiven Befunde an der linken Schulter nicht objektivieren lassen. In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass die Stimmung herabgesetzt gewesen sei und der Versicherte einen verbitterten und unzufriedenen Eindruck hinterlassen habe. Er habe sich wiederholt beklagt, missverstanden worden zu sein. Er sei mürrisch, klage über sein Unglück, über die Freundin, die ihn verlassen habe, und über aggressive und herrschsüchtige Autoritätspersonen. Während der Untersuchung habe der Versicherte nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt und sei gut auf die gestellten Fragen eingegangen. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistung seien intakt und seine Ausführungen anschaulich. Das Denken des Versicherten sei nicht eingeengt. Er habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person. Zwangsgedanken oder -handlungen seien nicht vorhanden. Er berichte nicht über Ängste und erwähne keine Phobien. Zudem bestünden keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Verlauf des Tages. Der Versicherte habe sich schon immer unverstanden und ausgenützt gefühlt und schon früher Mühe gehabt, sich in die Berufswelt zu integrieren. Die tätliche Auseinandersetzung am 2. April 2015 habe zu einer Akzentuierung der vorbestehenden Persönlichkeitsmerkmale geführt. Er neige dazu, seine Umgebung für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu machen und fühle sich schnell missverstanden. Er sei mürrisch, streitsüchtig, habe Mühe, die Autorität von Vorgesetzten zu akzeptieren. Der Versicherte sei aber trotz seiner Eigentümlichkeiten in der Lage gewesen, während Jahren einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, weshalb keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden könne. Passiv-aggressive Persönlichkeitszüge seien aber zu bejahen. Diese hätten jedoch keinen Krankheitswert. Der Versicherte mache die tätliche Auseinandersetzung für seine Schwierigkeiten verantwortlich, verharre in einer passiven Position und sei nicht mehr bereit, sich beruflich zu integrieren. Dies lasse sich aber nicht durch eine psychiatrische Störung erklären. Der Versicherte leide gelegentlich unter leichten depressiven Verstimmungen, sodass die Diagnose einer Dysthymie gestellt werden könne. Eine depressive Störung liege aber nicht vor. Der Versicherte zeige einen unregelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus. Tagsüber lese er viel, sehe sich Natur- und Dokumentarsendungen an, spiele mit Kollegen via Internet am Computer, versorge seinen Haushalt selbstständig, sei mit seinem E-Bike unterwegs und treffe sich regelmässig mit Familienangehörigen. Er leide nicht unter Antriebsstörungen, ausgeprägten depressiven Verstimmungen, Suizidgedanken, einer erhöhten Ermüdbarkeit oder Konzentrationsstörungen. Die passiv-aggressiven Persönlichkeitsanteile würden deutlich im Vordergrund stehen. Die Diagnose einer PTBS könne nicht gestellt werden. Er sei zwar von einem damaligen Vorgesetzten massiv angegangen worden, dabei aber weder einer aussergewöhnlichen Bedrohung ausgesetzt gewesen noch Opfer von Folterung oder Terrorismus geworden. Weiter leide der Versicherte weder unter Flashbacks noch unter Nachhallerinnerungen. Er sei wütend, wenn er sich an den Vorfall erinnere und sehe darin seine bereits vorbestehenden Lebensansichten bestätigt, wonach Ausländer im Vorteil seien, er nichts zu sagen habe und nicht respektiert werde. Diese Einstellung sei im Rahmen der passiv-aggressiven Persönlichkeitsakzentuierung einzuordnen. Er sei verbittert und habe sich auch deshalb von seinen sozialen Kontakten zurückgezogen, weil er

Sozialhilfeempfänger sei und seine damaligen Freunde keine Zeit mehr für ihn hätten. Entgegen den Angaben der behandelnden Ärztin Dr. J.____ sei keine ausgeprägte Affektlabilität festzustellen. Der Versicherte sei nicht angespannt, misstrauisch oder angetrieben und es würden sich keine Hinweise für präpsychotische Symptome finden. Dass er sich nicht mehr integrieren wolle, sei nicht durch eine psychische Störung zu erklären. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sanitärmonteur und Hauswart bestünde seit der tätlichen Auseinandersetzung vom 2. April 2015 aus somatischen Gründen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten unterhalb der Horizontalen, ohne Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu heben, zu tragen oder zu stoßen und ohne Arbeiten über Kopf seien dem Versicherten aber zumutbar. Für den Zeitraum vom 2. April 2015 bis 26. Oktober 2016 habe aufgrund des instabilen Verlaufs der linken Schulter für jegliche Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Hernach sei aber in angepassten Verweistätigkeiten von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. 6.9 Am 9. September 2019 nahm Dr. J.____ Stellung zum Gutachten von Dr. D.____. Sie bemängelte, die von ihm erhobenen Befunde seien unvollständig und stünden im Widerspruch zu früheren Untersuchungen und teilweise auch zu den Ausführungen im Gutachten selbst. Entgegen der Auffassung des Gutachters sei der Versicherte in seinem Gedankengang deutlich auf die ihm durch den Unfall widerfahrenen Beeinträchtigungen und seine als ausweglos erlebte Zukunft eingeengt. Wenn er allein sei, grübele er viel und könne sein Gedankenkreisen kaum abstellen. Im Kontakt sei er angespannt, zeige einen beschleunigten Gedankengang, lasse sich im Redefluss kaum unterbrechen, könne wenig auf sein Gegenüber eingehen und sei schwer zugänglich. Ein guter Bezug zur Realität sei zu verneinen. Es bestünden zahlreiche Ängste und eine ausgesprochene Affektlabilität. Aus der Exploration würden sich glaubwürdige Hinweise für Konzentrationsstörungen ergeben. Die Beurteilung des Gutachters, wonach der Versicherte schon vor dem Unfall vom 2. April 2015 passiv-aggressive Persönlichkeitszüge aufgewiesen habe, sei nicht belegt. Die Bereitschaft des Versicherten, sich beruflich zu integrieren, sei zu Beginn der Therapie noch vorhanden gewesen. Sie habe aber in den letzten eineinhalb Jahren deutlich abgenommen. Dies stünde wohl im Zusammenhang mit seiner sozialen Isolation, den Enttäuschungen und der negativen Selbstwahrnehmung. Der Unfall habe sein Leben deutlich verändert. In seiner Wahrnehmung erreiche er psychische Stabilität vor allem durch Rückzug. Die Einhaltung der Konsultationen bei der behandelnden Psychologin lic. phil. H.____ mit Tramfahrt und Reizüberflutung würden ihn derart stark fordern, dass er am folgenden Tag wegen Erschöpfung und Müdigkeit völlig unbrauchbar sei. Früher hätte er Freunde gehabt. Diese würden ihn aber wegen seiner Reizbarkeit nicht mehr aushalten. Eine leicht- bis mittelgradige rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.0/F33.1) sei zu bejahen, denn der Versicherte habe einen deutlich beeinträchtigten Antrieb, sei sozial zurückgezogen, leide unter pessimistischen Zukunftsperspektiven sowie einer Beeinträchtigung des Denkens und der Affekte. Zudem könne er auf positive Ereignisse nur noch in eingeschränkter Weise emotional reagieren. Er leide unter Schmerzen und Schlafstörungen. Die im Gutachten erhobenen psychopathologischen Symptome würden eine Momentaufnahme darstellen, aber den langjährigen Krankheitsverlauf nicht berücksichtigen. Zudem sei eine PTBS zu bejahen, wengleich die intrusiven Symptome wie Alpträume und Flashbacks unter der Medikation deutlich abgenommen hätten. Es bestünden Anzeichen für Über- und Untererregung, emotionalen Rückzug, Grübeln, Schlafstörungen und Beziehungsprobleme. Der Versicherte

sei vollständig arbeitsunfähig. 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. C.____ und D.____ vom 18. Februar 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 sodann zu überzeugen, dass der Beschwerdeführer infolge der tätlichen Auseinandersetzung am 2. April 2015 für den Zeitraum vom 2. April 2015 bis 26. Oktober 2016 aufgrund der Schulterbeschwerden für jegliche Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig war, hernach aber in angepassten Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr aufwies. Auch die psychiatrische Beurteilung ist nachvollziehbar. Es wird deutlich, dass die im Vordergrund stehende passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierung und die leicht ausgeprägte affektive Störung keinen Krankheitswert haben und die Leistungsfähigkeit des Versicherten nicht beeinträchtigen. Insgesamt bestehen keine Anhaltspunkte, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen (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) nicht lege artis erfolgt wäre. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 6.8) wiedergegebenen Darlegungen der Gutachter vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann. 7.2.1 Was in der Beschwerde dagegen vorgebracht wird, verfängt nicht. Wenn der Beschwerdeführer zunächst eine Befangenheit des psychiatrischen Gutachters zu erkennen glaubt, kann ihm nicht gefolgt werden. Befangenheit ist rechtsprechungsgemäss anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die in objektiver Weise und nicht bloss aufgrund des subjektiven Empfindens der Partei geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person zu erwecken (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2009, 9C_893/2009, E. 1.1; BGE 132 V 109 E. 7.1 mit Hinweis). Der Anschein der Befangenheit oder die Gefahr der Voreingenommenheit ist etwa zu bejahen, wenn das Gutachten nicht objektiv und sachlich gehalten ist (vgl. BGE 132 V 110 E. 7.2.2 mit weiteren Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts vom 22. August 2013, 8C_227/2013 und vom 20. Juni 2013, 8C_978/2012, E. 5.3.2). Aus dem Gutachten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass sich Dr. D.____ nicht von objektiven Kriterien hat leiten lassen, das Unfallereignis bagatellisiert, die erhobenen Befunde fehlerhaft interpretiert, Aussagen des Beschwerdeführers uminterpretiert oder die Beurteilung nicht lege artis durchgeführt hätte. Zudem bestehen keine konkreten Hinweise darauf, dass er voreingenommen gewesen wäre, gegenüber dem Versicherten Antipathie gehegt oder ihm die notwendige professionelle Distanz gefehlt hätte. Die diesbezüglichen wenig substantiierten Rügen des Beschwerdeführers gehen fehl. Hinsichtlich der behaupteten wirtschaftlichen Abhängigkeit von Dr. D.____ von der IV-Stelle ist auf BGE 137 V 210 zu verweisen. Darin bestätigte das Bundesgericht, dass der regelmässige Beizug einer Gutachterin oder eines Gutachters (oder einer Begutachtungsinstitution) durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt

in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand führen können. 7.2.2 Auch die weitere Kritik am Gutachten ist nicht stichhaltig. Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, die Aussage, wonach er keiner geregelten Arbeit mehr nachgehen möchte, unzutreffend sei, ist ihm entgegenzuhalten, dass auch Dr. J.____ im Bericht vom 9. September 2019 darauf hinweist, dass seine Bereitschaft, sich beruflich zu integrieren, deutlich abgenommen habe. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers trifft auch nicht zu, dass Dr. D.____ das Gewaltereignis, seine Ängste resp. seine Aktivitäten im Alltag unzutreffend gewürdigt resp. nicht erkannt hätte. Vielmehr differenziert der Gutachter zwischen den subjektiv empfundenen Beschwerden und den geltend gemachten Einschränkungen im Alltag des Beschwerdeführers einerseits und den objektiv feststellbaren Befunden andererseits. Er erkannte, dass die fehlende Tagesstruktur, die soziale Zurückgezogenheit und das eher tiefe Aktivitätsniveau nicht krankheitsbedingt und invalidenversicherungsrechtlich deshalb nicht relevant sind. Daran vermag die abweichende eigene Einschätzung des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Auch wenn die Prüfung der Indikatoren eher knapp ausgefallen ist, setzte sich der Gutachter dennoch hinreichend mit der Biographie, dem beruflichen Werdegang, der sozialen und der Familienanamnese sowie den Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten enthält alle erforderlichen Angaben für die Prüfung der Frage, ob sich ein invalidisierender Gesundheitszustand anhand der Standardindikatoren verifizieren lässt. Insgesamt steht die gutachterliche Einschätzung mit den objektiven Umständen in Einklang und gibt ein schlüssiges Bild zum Gesundheitszustand und der daraus resultierenden Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. 7.2.3 Soweit er sich auf die abweichende Beurteilung der behandelnden Ärzte, insbesondere auf diejenige von Dr. J.____ 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 diese 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 der behandelnden Ärztin Dr. J.____ vom 9. September 2019 Gesichtspunkte hervorgingen, die vom psychiatrischen Gutachter nicht berücksichtigt worden wären. Soweit Dr. J.____ annimmt, dass die Beurteilung im Gutachten auf einer Momentaufnahme beruhe, verkennt sie, dass sich die Beurteilung des Gutachters nicht nur auf die persönliche Untersuchung stützt. Dem psychiatrischen Gutachter standen darüber hinaus diverse, bisher zum Gesundheitszustand des Versicherten erstellte medizinische Akten zur Verfügung, die es ihm durchaus ermöglichten, eine nicht auf eine Momentaufnahme beschränkte Beurteilung abzugeben. 7.2.4 Die Tatsache, dass Dr. D.____ die erhobenen Befunde diagnostisch anders einordnete als die behandelnden Ärzte und die Therapeutin (vgl.

Berichte der Klinik F.____ vom 24. Juni 2015, von lic. phil. H.____ vom 23. Mai 2016 und vom 26. September 2016 sowie von Dr. J.____ vom 15. September 2017 und vom 9. September 2019), die eine rezidivierende depressive Störung, leichte bis mittelgradige Episode, und auch eine PTBS diagnostizierten, schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht. Dies umso weniger, als sich Dr. D.____ mit den abweichenden Diagnosen der behandelnden Psychiaterin auseinandersetzte. Er legte plausibel dar, weshalb seiner Auffassung nach die Kriterien für eine depressive Störung und eine PTBS nicht erfüllt seien und ordnete die erhobenen Befunde diagnostisch als passiv-aggressive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und Dysthymie (ICD-10 F34.1) ein. Dies tat er unter Verweis auf die klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10. Die medizinischen Unterlagen und die Angaben des Beschwerdeführers waren offenbar hinreichend präzise und kohärent genug, um ein zuverlässiges Bild über seinen psychischen Gesundheitszustand machen zu können. Eine offensichtlich unrichtige Sachverhaltsfeststellung bezüglich der diagnostischen Zuordnung liegt damit nicht vor. Soweit der Versicherte die Schlüssigkeit des Gutachtens mit dem Argument anzweifelt, die Dauer des Explorationsgesprächs sei zu kurz gewesen, ist ihm entgegen zu halten, dass es nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. März 2019, 8C_356/2018, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). Dies ist vorliegend entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers zu bejahen. Ihm kann auch nicht gefolgt werden, wenn er dem Sachverständigen vorwirft, er gehe von einer veralteten Definition der PTBS aus. Vielmehr stützte sich der Gutachter auf die damals massgebenden klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 ab. Soweit er geltend macht, Dr. D.____ habe den Bestand einer PTBS zu Unrecht verneint, ist ihm entgegenzuhalten, dass diese Diagnose weder von den behandelnden Fachärzten der Klinik F.____ (vgl. E. 6.2 hiervor) noch von Dr. G.____ (vgl. E. 6.3 hiervor) noch in den (frühen) Berichten der behandelnden Therapeutin lic. phil. H.____ vom 23. Mai 2016 und 26. September 2016 (vgl. E. 6.4 hiervor) gestellt wurde, was gegen die gegenteilige Beurteilung von Dr. J.____ spricht. Die in den Berichten des K.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. März, 19. Mai, 11. August, 20. September und 26. Oktober 2016 (act. 19.3, 22.8, 28.13, 28.6 und 33.18) diagnostizierte PTBS ist weder fachärztlich festgestellt noch begründet, weshalb sich daraus nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ableiten lässt. Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was geeignet wäre, den Beweiswert des Gutachtens der Dres. C.____ und D.____ vom 18. Februar 2019 in Zweifel zu ziehen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragte zusätzliche Abklärung verzichtet werden kann.

E. 8

Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf das Gutachten der Dres. C.____ und D.____ vom 18. Februar 2019 davon ausgegangen ist, dass der Beschwerdeführer vom 2. April 2015 bis 26. Oktober 2016 arbeitsunfähig war und ihm danach angepasste Tätigkeiten zu 100% zumutbar sind. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung der Vergleichseinkommen vorzunehmen wäre und die Berechnung auch vom Versicherten nicht beanstandet wurde, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem durch die IV-Stelle angestellten Einkommensvergleich. Es ist mit der IV-Stelle davon

auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem 27. Oktober 2016 ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die angefochtene Verfügung vom 2. Januar 2020 ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde deshalb abzuweisen. 9.1 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 unterliegt der Beschwerdeführer, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 18. Februar 2020 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden. 9.2 Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zugesprochen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. Februar 2020 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 28. August 2020 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 19 Stunden (Rechtsvertreter) sowie von 0,25 Stunden (Volontärin) geltend gemacht. Dieser Aufwand erweist sich - auch unter Berücksichtigung des doppelten Schriftenwechsels - im Quervergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als zu hoch. In Anbetracht des Umstands, dass der Rechtsvertreter bereits im Einwandverfahren mit der Angelegenheit befasst war, ist bei der Ausarbeitung der Beschwerdeschrift und dem Aktenstudium eine Reduktion angezeigt. Für das vorliegende Verfahren erscheint unter Beachtung aller Umstände ein Aufwand von 14 Stunden (Rechtsvertreter) und 0,25 Stunden (Volontärin) als angemessen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.--. Für den Aufwand der Volontärin werden antragsgemäss Fr. 100.-- pro Stunde veranschlagt. Nicht zu beanstanden sind die ausgewiesenen Auslagen im Betrag von Fr. 89.20. Dem Rechtsvertreter ist demnach ein Honorar von Fr. 3'138.60 ([14 Stunden x Fr. 200.-- + 0,25 Stunden x Fr. 100.--] + Auslagen von Fr. 89.20 inkl. 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 9.3 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 erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'138.60 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Gegen diesen Entscheid hat A. _____ am 26. Februar 2021 Beschwerde erhoben (siehe nach Vorliegen des Urteils des Bundesgerichts: 8C_187/2021).

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