

BL_GERICHTE 720 21 257/159 vom 4. November 2016

BL Gerichte, 2016-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_257_159

FR: BL_GERICHTE 720 21 257/159 du 4 novembre 2016

IT: BL_GERICHTE 720 21 257/159 del 4 novembre 2016

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 2

Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. August 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2). 3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2). 3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei

ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

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 (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). 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 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE

124 I 170 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] 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 zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 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 Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche für den vorliegenden Entscheid zentral sind.

6.2 Die IV-Stelle beauftragte Dr. C. ____ mit einem psychiatrischen Gutachten. Am 20. Februar 2020 stellte er keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie ängstliche Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Der Versicherte habe 2012 einen Autounfall erlitten und sei hernach bis auf wenige Tage im Jahr 2017 keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgegangen. Er sei seit Jahren psychosozial belastet, werde von der Sozialhilfe unterstützt und leide darunter, nicht mehr im Arbeitsprozess integriert zu sein. Vor dem Hintergrund der psychosozialen Belastungen könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung gestellt werden. Im Rahmen dieser Störung leide der Versicherte gelegentlich auch unter leichten depressiven Verstimmungen. Vor allem die finanziellen Schwierigkeiten hätten in der Vergangenheit dazu geführt, dass er verschiedentlich Suizidgedanken gehegt habe. Zurzeit liege aber keine akute Suizidalität vor. Er habe eine gute Beziehung zu seiner Ehefrau und zu seinen Kindern, von welchen er teilweise finanziert werde. Gelegentlich habe er Kontakt mit seinen im Elsass lebenden Familienangehörigen. Einmal im Jahr reise er in seine Heimat. Anlässlich der Exploration sei die Stimmung herabgesetzt, klagsam, aber nicht depressiv gewesen. Der Versicherte hinterlasse einen aktiven und energischen Eindruck. Die ab und zu auftretenden depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der Schmerzstörung einzuordnen. Der Versicherte berichte, gelegentlich etwas ängstlich zu sein und den Kontakt mit Passanten zu meiden. Er sei schon früher ängstlich gewesen. Eine Persönlichkeitsstörung liege mit Sicherheit nicht vor, da der Versicherte während beinahe 25 Jahren in der Schweiz ohne nennenswerte Schwierigkeiten gearbeitet habe. Er habe sich 2018 während einer Woche in der Klinik

G.____ aufgehalten. Dort seien eine chronische Schmerzstörung, eine mittelgradige depressive Episode und eine psychosoziale Belastungssituation diagnostiziert worden. Der Versicherte befinde sich seit Jahren bei Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung. Dieser habe in seinem Bericht vom 13. September 2019 eine aktuell mittelgradig ausgeprägte rezidivierende depressive Störung sowie eine chronische Schmerzstörung diagnostiziert und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Im Gegensatz zu den Angaben des behandelnden Psychiaters sei der Versicherte weder antriebslos noch depressiv. Konzentrationsstörungen oder eine Vergesslichkeit seien ebenfalls nicht festzustellen. Er sei affektiv niedergestimmt, eine allgemeine Freudlosigkeit sei aber nicht festzustellen. Er fühle sich etwas minderwertig, berichte jedoch nicht von Schuldgefühlen. Ein Morgentief bestünde ebenfalls nicht. Der Versicherte unternehme täglich ausgedehnte Spaziergänge. Er habe schon immer etwas zurückgezogen gelebt, habe aber sehr gute Beziehungen zu Nachbarn sowie Bekannten und pflege regelmässig Kontakt mit seinen Familienangehörigen. Er gestalte seinen Alltag aktiv und helfe im Haushalt mit. Bei dieser Sachlage könne die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht bestätigt werden. Seit der letzten psychiatrischen Untersuchung im Jahr 2015 habe sich der Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert. Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigt. 6.3 Dr. E.____ diagnostizierte am 21. Februar 2020 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikales und ein lumbovertebrales Panvertebralsyndrom, eine Periarthrophia humeroscapularis links und rechts sowie belastungsabhängige Restbeschwerden im linken Handgelenk. Der Versicherte sei insofern auffällig, als die von ihm angegebenen starken Schmerzen objektiv schwierig nachzuvollziehen seien. Zervikal bestünden basierend auf der Fehlform mit Rundrücken und Kopfpropulsion Verspannungen im Bereich des Supraspinatus. Im Bereich der thorakalen und lumbalen Rückenregion liessen sich ausser Druckdolenzen keine Befunde erheben. Die subjektiv empfundenen Schmerzen kämen klar durch eine Fehlverarbeitung zustande. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen sei aber nicht festzustellen. Vielmehr sei aufgrund der Alltagsaktivitäten des Versicherten dokumentiert, dass in Bezug auf leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten normale Ressourcen bestünden. Schonzeichen der Muskulatur seien nicht festzustellen. Die bisher ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter sei dem Versicherten seit dem Unfall vom 6. Dezember 2012 dauerhaft nicht mehr zumutbar. Für eine angepasste leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit, welche rücken-, hand- und schulterchonend sei, bestünde aber bezogen auf ein Ganztagespensum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Im zeitlichen Verlauf sei der Versicherte nach dem Unfall mit HWS-Distorsion vom 6. Dezember 2012 bis 30. September 2014 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Hernach sei vom 1. Oktober 2014 bis 22. Oktober 2015 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ab dem 23. Oktober 2015 habe bis zum 6. Juli 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Vom 7. Juli 2016 bis 4. Mai 2017 sei wiederum von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Nach dem Unfall vom 5. Mai 2016 sei der Versicherte bis 31. Juli 2018 zu 100% arbeitsunfähig und danach bis 20. August 2018 zu 100% arbeitsfähig gewesen. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit habe sodann vom 21. August 2018 bis 12. Dezember 2018 bestanden (Operation am Ellbogen links am 21. August 2018). Seither sei dem Versicherten eine angepasste Tätigkeit zu 100% zumutbar. 6.4 Am 28. September 2020 hielt der behandelnde Psychiater Dr. H.____ fest, den Versicherten seit der Behandlung in den Ambulatorien und Tageskliniken der Psychiatrie Y.____ im Jahr 2014 zu kennen. Die ambulanten psychiatrischen Gespräche

würden 14-täglich durchgeführt. Zudem finde eine medikamentöse Behandlung mit dem Medikament Duloxetin statt. Die Diagnosekriterien für eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Ausprägung, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) seien erfüllt. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei bereits im Bericht der Psychiatrie Y.____ im Jahr 2014 erwähnt worden. Auch im Austrittsbericht der Klinik für Schmerztherapie des Spitals F.____ vom 16. Oktober 2018 sei eine mittelgradige depressive Episode bejaht worden. Der Versicherte sei seit Anfang März 2016 vollständig arbeitsunfähig. Hinsichtlich des Gutachtens von Dr. C.____ vom 20. Februar 2020 bemängelte Dr. H.____ die Dauer der Exploration und wies darauf hin, dass die Deutschkenntnisse des Versicherten mangelhaft seien. Auf die Grunderkrankung (Depression) und dabei insbesondere auf die Suizidalität des Versicherten sei der Gutachter nicht weiter eingegangen. Zudem sei die Anamnese fehlerhaft. So würden dem Versicherten der Antrieb für (ausgedehnte) Spaziergänge fehlen und es würden entgegen den Ausführungen im Gutachten seit Jahren Eheprobleme bestehen. Zudem berichte der Versicherte von sozialer Isolation und Zurückgezogenheit, begleitet von Suizidalität. Andauernde psychosoziale Belastungen könnten zu einer depressiven Störung führen. Das relativ hochdosiert verabreichte Medikament Duloxetin würde nicht bei ängstlichen Persönlichkeitszügen oder der chronischen Schmerzstörung, sondern bei mittel- bis schwergradigen Diagnosen abgegeben. Unzutreffend sei die Feststellung im Gutachten, wonach der Versicherte aus psychiatrischer Sicht nie beeinträchtigt gewesen sei, sei ihm doch aus psychischen Gründen eine befristete Rente zugesprochen worden. Die Beurteilung im Gutachten von Dr. C.____ sei nicht nachvollziehbar und die von ihm attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit nicht realistisch. 6.5 Zum Bericht von Dr. H.____ äusserte sich Dr. C.____ am 24. November 2020, wobei er festhielt, dass der Versicherte nie stationär psychiatrisch behandelt worden sei. Er habe von Aktivitäten (täglich ausgedehnte Spaziergänge, Hausarbeiten, Kontakte zu Nachbarn und Familienmitgliedern, Reisen in die Heimat) berichtet, was mit einer mittelgradigen depressiven Episode nicht vereinbar sei. Obwohl der Versicherte über gute Deutschkenntnisse verfüge, sei ein Dolmetscher bestellt worden. Die früheren Suizidgedanken seien nicht Folge einer Depression., sondern stünden vielmehr im Zusammenhang mit der angespannten finanziellen Situation. Im Rahmen der Untersuchung habe sich der Versicherte zudem von Suizidgedanken distanziert. Die Tatsache, dass er ein Antidepressivum einnehme, lasse noch nicht auf die Diagnose einer Depression schliessen. Er habe explizit angegeben, regelmässig Spaziergänge zu unternehmen, gute Kontakte mit Nachbarn zu unterhalten und eine gute Beziehung zu seiner Ehefrau und seinen Geschwistern zu haben. Aus der Stellungnahme von Dr. H.____ würden sich keine Wesentliche neue medizinische Erkenntnisse ergeben, weshalb er an seinen Schlussfolgerungen im Gutachten vom 20. Februar 2020 festhalte. 7.1 Wie oben (vgl. E. 4.3 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. E.____ und C.____ vom 20./21. Februar 2020 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, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht unfall- bzw. operationsbedingt vom 6. Dezember 2012 bis 30. September 2014, vom 23. Oktober 2015 bis 6. Juli 2016, vom 5. Mai 2016 bis 31. Juli 2018 und vom 21. August 2018 bis 12. Dezember 2018 vollständig arbeitsunfähig war, dazwischen und danach aber eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aufwies. Auch die psychiatrische Beurteilung ist nachvollziehbar. Es wird deutlich, dass der Versicherte psychosozial belastet ist, eine chronische Schmerzstörung aufweist und gelegentlich auch unter leichten depressiven Verstimmungen leidet. Die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.10) sind aber nicht erfüllt und die Leistungsfähigkeit nicht 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 (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 der Diagnosekriterien eher knapp und die Diskussion der Standardindikatoren etwas oberflächlich ausgefallen. Zusammen mit den Angaben im Gutachten von Dr. E.____ zum Tagesablauf des Versicherten, zur Konsistenz und zur Plausibilität, sowie der Feststellung, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen festzustellen sei, ergibt sich aber insgesamt ein einleuchtendes und stimmiges Bild über den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit der Versicherten, weshalb diese Unzulänglichkeiten letztlich am Beweiswert des Gutachtens nichts zu ändern vermögen.

7.2.1 Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, verfährt nicht. Wenn er die Verlässlichkeit des Gutachtens von Dr. E.____ vom 21. Februar 2022 im Wesentlichen mit der Begründung in Frage stellt, dass in den Berichten des Spitals F.____ vom 5. und 20. Oktober 2021 teilweise andere Diagnosen gestellt worden seien, kann ihm nicht gefolgt werden. Zunächst ist für die Belange der Invalidenversicherung nicht die Diagnose, sondern die Auswirkungen des fachärztlich festgestellten Leidens auf die Arbeitsfähigkeit massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 9C_184/2019, E. 4.2). Zudem ergeben sich weder aus den genannten Berichten des Spitals F.____ noch aus den übrigen medizinischen Unterlagen verlässliche Hinweise darauf, dass Dr. E.____ (nach persönlicher Untersuchung des Versicherten) die Leistungsfähigkeit unzutreffend beurteilt oder sich bis zum Verfügungserlass am 2. August 2021 eine massgebliche Verschlechterung der Leistungsfähigkeit eingestellt hätte.

7.2.2 Auch die Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten von Dr. C.____ verfährt nicht. Er macht zunächst geltend, dass dessen Beurteilung mit derjenigen des behandelnden Arztes Dr. H.____ in einem unaufgelösten Widerspruch stehen würde. Hierzu 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 (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 der Gutachter - wie hier - lege artis vorgegangen ist.

Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Arztpersonen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (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 28. September 2020 Gesichtspunkte hervorgingen, die vom psychiatrischen Gutachter nicht berücksichtigt worden wären oder dessen Zumutbarkeitsbeurteilung als offensichtlich unzutreffend erscheinen liessen. Entgegen seiner Auffassung kann namentlich nicht gesagt werden, Dr. C.____ habe die (früheren) Suizidgedanken des Beschwerdeführers oder dessen Medikation nicht erfasst. Soweit Dr. H.____ die Schlüssigkeit des Gutachtens mit dem Argument anzweifelt, die Dauer des Explorationsgesprächs sei (zu) kurz gewesen, ist darauf hinzuweisen, 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 14. März 2019, 8C_356/2018, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). Dies ist vorliegend zu bejahen. Dies umso mehr, als Dr. C.____ den Beschwerdeführer zum zweiten Mal begutachtete und er seine Beurteilung nicht allein auf das Explorationsgespräch stützte. Gesicherte Anzeichen dafür, dass - wie Dr. H.____ und der Beschwerdeführer weiter vorbringen - die Anamnese fehlerhaft oder die Beschwerden unvollständig oder unzutreffend erhoben worden wären, liegen nicht vor. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass auch Dr. E.____ ausführt, dass der Beschwerdeführer regelmässig Spaziergänge unternehme. Zudem konnte er keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen feststellen, was die diesbezüglichen Angaben von Dr. H.____ widerlegt. Dass Dr. C.____ hinsichtlich der Beziehung des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau von falschen Tatsachen ausgegangen wäre, ist aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht gesichert. 7.2.3 Die Tatsache, dass Dr. C.____ die erhobenen Befunde diagnostisch anders einordnete als Dr. H.____, der eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Ausprägung, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostizierte, schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht. Es trifft zu, dass sich Dr. C.____ - wie der Beschwerdeführer vorbringt - mit den früheren Berichten der behandelnden Ärzte eher oberflächlich und nur knapp auseinandersetzte. Er legte aber plausibel dar, weshalb seiner Auffassung nach die Kriterien für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht erfüllt seien und ordnete die im Verlauf immer wieder auftretenden leichten depressiven Verstimmungen diagnostisch in die Schmerzstörung ein. Auch wenn im Gutachten die Prüfung der Indikatoren knapp ausgefallen ist, setzte sich Dr. C.____ dennoch hinreichend mit der Biographie, dem beruflichen Werdegang, der sozialen und der Familienanamnese sowie den Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers auseinander. Er erkannte, dass dieser durchaus in der Lage war und ist, verschiedenen Aktivitäten nachzugehen, soziale Kontakte zu pflegen, seinen Alltag aktiv zu gestalten, was gegen eine schwere psychische Beeinträchtigung spricht. Insgesamt steht die gutachterliche Einschätzung mit den objektiven Umständen in Einklang und gibt ein schlüssiges Bild zum Gesundheitszustand und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Insgesamt liegt nichts vor, was auf eine aktenwidrige oder unzutreffende Beurteilung von Dr. C.____ schliessen lassen würde oder Zweifel an seiner Beurteilung zu begründen vermöchte, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 137

V 64 E. 5.2; 136 I 229 E. 5.3) auf zusätzliche Abklärungen 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 die Ergebnisse im bidisziplinären Gutachten der Dres. C.____ und E.____ vom 20./21. Februar 2020 davon ausgegangen ist, dass der Versicherte - mit Ausnahme von Zeiten vorübergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen - eine Verweistätigkeit im Umfang von 100% ausüben und dabei ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Bemessung der Vergleichseinkommen hat der Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten, weshalb von weiteren Erörterungen dazu abgesehen werden kann. Da das Wartejahr im Dezember 2013 abgelaufen war und die Neuanmeldung am 6. November 2017 erfolgte, entsteht der Rentenanspruch gemäss Art. 88 bis Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 bereits ab 1. November 2017, wie die IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung vom 25. Oktober 2021 zu Recht anerkannte. Demnach hat der Beschwerdeführer vom 1. November 2017 bis 31. März 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Ein weitergehender Rentenanspruch besteht nicht. Demnach ist die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 2. August 2021 aufgehoben und festzustellen ist, dass der Beschwerdeführer vom 1. November 2017 bis 31. März 2019 Anspruch auf eine ganze IV-Rente hat. 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. Vorliegend dringt der Beschwerdeführer mit seinem Rechtsbegehren insofern teilweise durch, als er für die Zeit vom 1. November 2017 bis 31. März 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist es ex aequo et bono angemessen, ihm Dreiviertel der Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- zu auferlegen und in diesem Umfang mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen. Der übrige Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 200.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Gemäss § 20 Abs. 3 VPO sind die verbleibenden ordentlichen Kosten im Umfang von Fr. 200.-- der teilweise unterliegenden IV-Stelle aufzuerlegen. 9.2 Infolge teilweiser Gutheissung der Beschwerde hat die IV-Stelle dem Beschwerdeführer gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 21 Abs. 1 VPO eine reduzierte Parteientschädigung im Umfang eines Viertels des geltend gemachten Aufwands auszurichten. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 10. Februar 2022 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 8 Stunden und 40 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen angemessen und nicht zu beanstanden ist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle praxisgemäss zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 71.20. Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 602.55 ([8,66 Stunden x Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 71.20 + 7,7% Mehrwertsteuer] x 25%) zu Lasten

der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Im Übrigen sind die ausserordentlichen Kosten wettzuschlagen. Demgemäss wird erkannt: *://*: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 2. August 2021 aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer vom 1. November 2017 bis 31. März 2019 Anspruch auf eine ganze IV-Rente hat. 2. Dem Beschwerdeführer werden Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- auferlegt und in diesem Umfang mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Der übrige Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 200.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Der IV-Stelle Basel-Landschaft werden Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 200.-- auferlegt. 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 602.55 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Im Übrigen werden die ausserordentlichen Kosten wettgeschlagen.

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