



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 14. Mai 2018 (720 17 256 / 120)**

---

**Invalidenversicherung**

**Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 bei Vorliegen der Diagnose einer mittelgradigen Depression (BGE 143 V 418) gestützt auf ein polydisziplinäres externes Verwaltungsgutachten, das noch vor der Praxisänderung erstellt wurde**

**Besetzung** Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Jan Herrmann, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

**IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,  
Beschwerdegegnerin

**Betreff** IV-Rente

A. A.\_\_\_\_, geboren 1973, arbeitete seit dem 1. April 2009 als Verkaufsberater im Ausendienst bei der B.\_\_\_\_ AG in einem 100 % Pensum. Mit Gesuch vom 23. Dezember 2010 meldete er sich bei der Schweizerischen Invalidenversicherung unter Hinweis auf eine Schlafapnoe, ein Restless Legs-Syndrom sowie eine Depression zum Leistungsbezug an. In der Folge konnte der Versicherte mit ärztlicher und medikamentöser Unterstützung seine Prä-

senz und seine Leistungsfähigkeit am angestammten Arbeitsplatz kontinuierlich steigern, so dass er ab März 2012 seine bisherige Tätigkeit wieder zu 100 % ausüben konnte. Mit Mitteilung vom 8. Mai 2012 hielt die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) fest, dass es aktuell keiner Frühinterventions- oder Eingliederungsmassnahmen bedürfe, da der Versicherte wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert sei. Mit Verfügung vom 14. Dezember 2012 sprach die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ ab dem 1. August 2011 eine ganze Rente, ab dem 1. September 2011 eine halbe Rente und ab dem 1. Oktober 2011 eine Viertelsrente zu. In der Verfügung wurde zudem festgehalten, dass der Invaliditätsgrad ab dem 18. Januar 2012 weniger als 40 % betrage, weshalb die Rente bis 31. Januar 2012 befristet werde. Diese Verfügung erwuchs in der Folge in Rechtskraft.

Mit Gesuch vom 21. November 2013 meldete sich A.\_\_\_\_\_ unter Hinweis auf ein Restless Legs-Syndrom und eine Schlafapnoe sowie eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 21. August 2013 erneut zum Bezug von Invalidenleistungen an. Mit Verfügung vom 7. Februar 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie auf das neue Leistungsbegehren nicht eintreten werde. Er habe mit seinem neuen Gesuch nicht glaubhaft machen können, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse nach dem 31. Januar 2012 in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hätten.

Vom 1. Februar 2014 bis zum 30. November 2014 arbeitete A.\_\_\_\_\_ als Umzugsberater Ausendienst bei der C.\_\_\_\_\_ AG. Am 2. Februar 2015 meldete er sich unter Hinweis auf eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 11. September 2014 wieder bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Der Grund dafür seien eine Schlafapnoe, ein Restless Legs-Syndrom sowie Schlafprobleme und Depression. Nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 7. Dezember 2016), und eines polydisziplinären Gutachtens beim Zentrum für Medizinische Begutachtung MEDAS Basel (ZMB, Gutachten vom 19. April 2017) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. Juni 2017 das Leistungsbegehren ab. In der Begründung wurde festgehalten, dass der Versicherte seit Oktober 2014 in der Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sei. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass er an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, leide und dadurch zu 50 % arbeitsunfähig sei. Die leicht- bis mittelgradigen depressiven Störungen rezidivierender oder episodischer Art würden einzig dann als invalidisierende Krankheit in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien. Vorliegend sei keine Therapieresistenz gegeben, da der Versicherte psychotherapeutisch eher selten und psychopharmakologisch überhaupt nicht behandelt werde. Eine generelle Medikamentenunverträglichkeit könne nicht angenommen werden. Es werde daher davon ausgegangen, dass es ihm ohne Umschweife zumutbar sei, die bestmögliche Behandlungsintensität und die bestmögliche antidepressive Medikation anzunehmen, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu verbessern oder gar eine Remission zu bewirken.

B. Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Jan Herrmann, mit Eingabe vom 28. August 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin liess er beantragen, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, ihm die gesetzlichen Rentenleistungen auszurichten. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm spätestens ab Septem-

ber 2014 mindestens eine halbe Rente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von mindestens 50 % auszurichten. Eventualiter seien von Seiten des Kantonsgerichts ergänzende medizinische Abklärungen bei objektiver und neutraler Stelle zu veranlassen; alles unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

C. Mit Vernehmlassung vom 9. November 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten der Beschwerdeführer mit Replik vom 28. November 2017 und die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 8. Dezember 2017 an ihren Anträgen fest.

E. Nachdem die Angelegenheit am 13. Dezember 2017 dem Gericht zur Beurteilung überwiesen worden war, führte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 19. Dezember 2017 unter Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2017 (8C\_841/2016) aus, dass das Bundesgericht von seiner bisherigen Rechtsprechung zu den leichten bis mittelschweren Depressionen und insbesondere vom Kriterium „Therapieresistenz“ abgerückt sei. Das Gutachten des ZMB sei auf Basis des nunmehr systematisch zu verwendenden Fragekatalogs erstellt worden. Es genüge daher den Anforderungen gemäss BGE 125 V 351. Damit liege eine Abklärung mittels strukturiertem Beweisverfahren BGE 141 V 281 vor, deren Ergebnis eine Invalidität nicht nur im medizinischen, sondern auch im rechtlichen Sinne bestätige. Daher werde erneut beantragt, dass die Beschwerde gutzuheissen und spätestens ab Oktober 2015 eine halbe IV-Rente auszurichten sei.

F. Mit Eingabe vom 17. Januar 2018 hielt die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), vom 16. Januar 2018 an ihrem Abweisungsantrag fest.

G. Mit abschliessender Stellungnahme vom 13. Februar 2018 hielt der Beschwerdeführer fest, dass das Argument der Beschwerdegegnerin, es sei ihm die volle Mitwirkung und konsequente Durchführung der Psychotherapie und der antidepressiven Therapie zuzumuten, nach der Aufgabe des Bundesgerichts des Kriteriums der Therapieresistenz irrelevant sei. Es handle sich nicht mehr um eine Anspruchsvoraussetzung, sondern allenfalls um einen Faktor, der bei der Schadenminderungspflicht zu prüfen wäre. Die Gutachten seien valid und die medizinisch ausgewiesene Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % sei anerkannt.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständig-

keit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 28. August 2017 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht ablehnte. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin gestützt auf das ZMB-Gutachten vom 19. April 2017 bundesrechtskonform einen invalidisierenden Gesundheitsschaden ausschloss.

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 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig er-

wartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 4c).

3.4 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

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

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 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. 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 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 Zusam-

menstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.5 Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass Art. 43 Abs. 1 ATSG die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen statuiert, wobei es im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Es obliegt aber ihm, 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 (vgl. dazu BGE 138 V 218 E. 6) entschieden werden kann.

5.1 Zur Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit liegen folgende wesentliche medizinische Unterlagen vor:

5.2 Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Arztbericht vom 18. Februar 2011 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine längerdauernde Anpassungsstörung/depressive Reaktion auf vorbestehende Schlafstörungen mit nachfolgender Tagemüdigkeit und ein soziophobisches Verhalten bei überhöhten Selbstansprüchen (gegenüber der Familie, den Eltern, dem Dorf und der Geschäftswelt nicht zu genügen). Die 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Therapiebeginn (16. September 2010) bis heute. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Es fänden ein bis zwei Therapiesitzungen wöchentlich und eine psychopharmakologische Therapie statt. Dr. F.\_\_\_\_ bescheinigte dem Versicherten mit Bericht vom 29. Juli 2012 ab dem 29. Februar 2012 wieder eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit.

5.3 Mit Arztzeugnis vom 15. Januar 2015 hielt Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fest, dass sich die gesundheitlichen Probleme des Patienten wieder dahin gehend verschlechtert hätten, dass seit dem 11. September 2014 wieder eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Aus psychiatrischer Sicht seien möglichst bald berufliche Massnahmen im Sinne eines Belastbarkeitstrainings von Seiten der IV angezeigt. Gegenüber dem Krankentaggeldversicherer hielt Dr. G.\_\_\_\_ am 19. Februar 2015 fest, dass sich der Beschwerdeführer vom 22. September 2014 bis 26. Oktober 2014 stationär in der Rehaklinik H.\_\_\_\_ aufgehalten habe. Er leide an Energielosigkeit, Antriebsarmut, Müdigkeit, Erschöpfung, massiven Minderwertigkeitskomplexen, Hoffnungslosigkeit, bedrückter Stimmung, herabgesetzter Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit. Es bestünden soziale Rückzugstendenzen, Lebensüberdrussgedanken

und viele Schmerzen. Diagnostiziert werden könnten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine Schlafapnoe mit Restless Legs-Syndrom. Es würden wöchentliche psychotherapeutische Gespräche, eine medikamentös homöopathische Behandlung sowie verschiedene somatische Interventionen durchgeführt. Seit dem 22. September 2014 bis auf weiteres bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit.

5.4 In der Folge wurde der Versicherte im Auftrag des Krankentaggeldversicherers durch Dr. med. I.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, psychiatrisch begutachtet. Dr. I.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Gutachten vom 3. September 2015 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, im Sinne einer atypischen Depression (ICD-10: F33.8). Es sei einerseits aufgrund der genetischen Vulnerabilität und andererseits bei zunehmender Ausschöpfung der psychischen Ressourcen, teilweise auch aufgrund der körperlichen Beschwerden, vor mindestens fünf Jahren zum Ausbruch einer atypischen Depression mit vordergründig depressiven Symptomen im Sinne einer anhaltenden raschen Ermüdung, einem Schweregefühl im Körper und muskulo-skelettalen Schmerzen, einem vermehrten Schlafbedürfnis und einer intermittierenden massiven Gewichtszunahme sowie einer eingeschränkten Konzentrationsdauer und verminderten Schwingungsfähigkeit gekommen. Es würden sich keine Hinweise auf schwerwiegende bewusste/unbewusste emotionale Konflikte ergeben oder eine schwerwiegend belastende psychosoziale Situation, weshalb beim Exploranden bei geklagten körperlichen Beschwerden keine Störung aus dem somatoformen Formenkreis inkl. einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, sondern eine atypische Depression diagnostiziert werden könne. Anlässlich des Gesprächs habe der Explorand im Verlauf objektiv eine zunehmende geistige Erschöpfung mit konsequent reduzierter Konzentrationsfähigkeit, eine mittelschwere Einschränkung der geistigen Flexibilität aufgrund formaler Denkstörungen, Antriebsstörungen und eine verlangsamte Psychomotorik aufgewiesen. Bei festgestellten mittelschweren Beeinträchtigungen seiner psychokognitiven Funktionen könne gegenwärtig von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden, weshalb ihm sozialmedizinisch eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten attestiert werden könne. Der Explorand stehe in regelmässiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, die aus Sicht des Referenten mit einem Antidepressivum ergänzt werden könnte. Unter den vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen sei von einer Erhaltung der 50 %-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, eine weitere Verbesserung sei mittelfristig aber nicht mehr zu erwarten. In Bezug auf die Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung hielt Dr. I.\_\_\_\_ fest, dass die erhobenen Untersuchungsbefunde mit den anamnestischen Angaben bezüglich des Aktivitätenniveaus übereinstimmen würden. Das Ausmass der geschilderten psychischen Beschwerden stimme mit der Inanspruchnahme der therapeutischen Massnahmen überein. Die Angaben des Exploranden würden nicht erheblich von der Aktenlage abweichen. Bei der Anamneseerhebung seien keine Widersprüchlichkeiten festgestellt worden. Das Verhalten sei während der Testdurchführung konsistent gewesen und die Testergebnisse würden mit den objektiven Befunden übereinstimmen.

5.5 In der Folge liess die Beschwerdegegnerin den Versicherten ebenfalls psychiatrisch begutachten. Dr. D.\_\_\_\_ gelangte im Gutachten vom 7. Dezember 2016 zur Auffassung, dass beim Versicherten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung,

gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) gegeben sei. Es würden keine Diagnosen vorliegen, die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Hinweise auf Inkonsistenzen, die auf eine Aggravation oder Simulation hindeuten würden, gebe es keine. Auch die Symptomvalidierung zeige keine Hinweise auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft bezüglich kognitiver Leistung. Wohl zeige der Explorand eine Behinderungsüberzeugung und wirke ängstlich auf seine Beschwerden eingeeengt. Aktuell bestehe aber ein mittelgradiges depressives Syndrom. Der Explorand zeige eine niedergeschlagene Stimmung, er habe eine Verminderung der Interessen und der Freudefähigkeit geäußert. Der Antrieb sei nicht vermindert gewesen. Es seien Insuffizienzgefühle angegeben worden, das Gefühl, weniger wert zu sein. Er habe Gedanken des Lebensüberdresses geäußert. Schuldgefühle seien bejaht worden. Der Explorand habe auch subjektiv das Gefühl von Konzentrationsschwierigkeiten. Insgesamt seien daher die Kriterien für ein mittelgradiges depressives Syndrom erfüllt. In einer Tätigkeit, die hohe Anforderungen an die Konzentration stelle und die konstanten Kundenkontakt verlange, bestehe in Anbetracht dieser Einschränkungen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Es sei davon auszugehen, dass die beschriebene Arbeitsunfähigkeit seit September 2014 bestehe.

In Bezug auf eventuell differente Voreinschätzungen ärztlicher Fachkollegen und -kolleginnen hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass bezüglich der rein diagnostischen psychiatrischen Einschätzungen keine wesentlichen Unterschiede ausgemacht werden könnten. Die in den Vorberichten erwähnte somatoforme Schmerzstörung könne er nicht bestätigen, da emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen verneint werden müssten. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit würden differente als auch kongruente Einschätzungen bestehen. Die Einschätzung von Dr. I.\_\_\_\_ würde mit seiner übereinstimmen. Aus rein versicherungsmedizinischer Sicht könne bei dem mittelgradigen depressiven Zustandsbild keine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten attestiert werden, da sich die Arbeitsfähigkeit nach den Anforderungen am Arbeitsplatz richte. Für alternative Tätigkeiten, die weniger hohe Anforderungen an die Konzentrationsdauer und weniger Anforderungen an die geistige Flexibilität stellen würden, bestehe eine Einschränkung von 50 %. Zu den Behandlungsmöglichkeiten hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass der Explorand weiterhin eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen sollte. Der Explorand scheine Medikamente nicht so gut zu vertragen, weswegen die Option einer antidepressiven medikamentösen Behandlung eher schwierig sei. Wie auch im Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ beschrieben worden, sei prognostisch eine weitere Verbesserung mittelfristig nicht mehr zu erwarten.

5.6 Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer schliesslich auch noch polydisziplinär durch das ZMB begutachten. Die Fachärzte des ZMB gelangten im Gutachten vom 19. April 2017 aus interdisziplinärer Sicht (allgemein-internistischer, rheumatologische und psychiatrische Fachrichtung) zu folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstisch-abhängigen Anteilen (Z73.1 ICD-10), eine atypische, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (F33.8 ICD-10), ein zervikales und lumbales Schmerzsyndrom mit/bei diskreten bis mässigen degenerativen Veränderungen des gesamten Achsenskeletts, mässiger Keilwirbelbildung BWK11 und 12, wahrscheinlich Status nach thoracolumbalem Morbus Scheuermann, mässigen degenerativen Veränderungen der Sacroiliacalgelenken, einer muskulären Dysbalance im Nacken- und Schultergürtel, einer



Femoropatellararthrose und einer diskreten, medialen Gonarthrose links mit/bei anamnestisch Status nach traumatischem Teilabriss der lateralen Patella. Nicht auf die Arbeitsfähigkeit würden sich generalisierte, wandernde Arthralgien und Myalgien unklarer Ätiologie sowie eine Adipositas auswirken. Anlässlich der psychiatrischen Exploration habe der Explorand eine deutliche Somatisierung mit vordergründigem Vertreten eines somatischen Krankheitskonzepts präsentiert. Die Beschwerdeschilderung sei konzis gewesen. Er habe sich in mittelgradig depressiver Verstimmung befunden. Die Modulations- und Resonanzfähigkeit der Stimmung sei mittelgradig vermindert gewesen, mittelgradig vermindert sei auch das Interesse, es hätten eine mittelgradige Freudlosigkeit, eine mittelgradige kognitive Verlangsamung, ein mittelgradig vermindertes Selbstwertgefühl, mittelgradige Gefühle von Wertlosigkeit sowie mittelgradig pessimistisches Gedankengrübeln bestanden. Er sei in mittelgradig hypochondrische Ängste und Gedanken verfangen gewesen. Der Antrieb und die Psychomotorik seien mittelgradig gemindert gewesen. Psychotisches oder psychosenahes Erleben oder Verhalten hätten nicht nachgewiesen werden können. Mit Ausnahme einer mittelgradigen Verlangsamung hätten sich kognitive Auffälligkeiten nicht nachweisen lassen. Das Bewusstsein und die Orientierung seien erhalten gewesen. In Bezug auf die funktionellen Auswirkungen der objektivierten Befunde hielten die Gutachter fest, dass die letzte Tätigkeit aufgrund der schwierigen Arbeitsplatzsituation nicht mehr zumutbar sei. Der Explorand sei allgemein mit einer anspruchsvollen Aussendiensttätigkeit überfordert. In adaptierter Tätigkeit bei mittelgradig akzentuierten Persönlichkeitszügen und mittelgradiger atypischer Depression bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Anpassung an Regeln und Routinen, bei der Planung und Strukturierung, bei der Flexibilität und der Umstellfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit sowie der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten bei ansonsten erhaltenen Items. Die degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts sowie die diskreten Keilwirbelbildungen und Veränderungen, welche vermutlich auf einen durchgemachten thoracolumbalen Morbus Scheuermann zurückgeführt werden müssten, seien nicht sehr ausgeprägt, ebenfalls nicht sehr ausgeprägt seien die linksseitige Retropatellararthrose und die beginnende mediale Gonarthrose links. Dennoch seien das Achsenskelett und das linke Knie als Folge dieser Veränderungen minderbelastbar.

In Bezug auf den funktionellen Schweregrad und die Konsistenz hielten die Gutachter fest, dass die depressive Störung mittelgradig und die akzentuierten Persönlichkeitszüge mittelgradig ausgeprägt seien. Nicht nachweisen lasse sich eine Persönlichkeitsstörung. Die Persönlichkeitsakzentuierung und die depressive Störung würden sich gegenseitig durchdringen. Eine gewisse soziale Vernetzung könne nachgewiesen werden. Im Vergleich zu früher bestehe ein gewisser sozialer Rückzug. Die erhobenen Untersuchungsbefunde würden mit den anamnestischen Angaben bezüglich des Aktivitätenniveaus des Exploranden übereinstimmen. Die Angaben seien insgesamt aktenkonform. Das Verhalten sei während der Exploration konsistent gewesen. Es bestehe eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Es bestünden gut nachweisbar psychosoziale Faktoren und emotionale Konflikte. Diese würden weitgehend in der mittelgradigen Persönlichkeitsakzentuierung aufgehen. Die Somatisierungsanteile seien Teil der atypischen Depression F33.8. Im Rahmen der rheumatologischen Exploration würden sich keine Inkonsistenzen feststellen lassen. Nichtsdestotrotz sollte berücksichtigt werden, dass nur ein Teilaspekt der Beschwerden

durch die objektiven Befunde erklärt werden könnten. Aufgrund der rezidivierend depressiven Störung mittelgradig auf dem Hintergrund mittelgradig akzentuierter Persönlichkeitszüge mit entsprechenden Leistungseinbrüchen sei die Tätigkeit im Aussendienst Verkauf nicht mehr zumutbar. Unzumutbar sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, da der Explorand mit dem impulsiven Vorgesetzten nicht zurecht gekommen sei. In adaptierter Tätigkeit bei mittelgradigen akzentuierten Persönlichkeitszügen und rezidivierend depressiver Störung mittelgradig sei eine 50 %-ige erwerbsbezogene Leistungsverminderung zu attestieren. Der Versicherte sei auf eine wohlmeinende Arbeitsplatzumgebung angewiesen und dürfe nicht unter zu starken Leistungsdruck geraten. Diese Angaben würden ab der Krankschreibung ab 10. September 2014 gelten. Dem Versicherten könnten aufgrund der Veränderungen des Achsenskeletts und des linken Kniegelenks körperlich schwere und Schwerstarbeiten aus rheumatologischer Sicht nicht mehr zugemutet werden. Möglich wären jedoch weiterhin alle leichten bis intermittierend mittelschweren, rückenadaptierten und wechselbelastenden Tätigkeiten, bei denen keine starken Kniebelastungen vorkommen würden (kein repetitives Steigen auf Treppen oder Leitern, keine Arbeiten in der Höhe, keine Arbeiten im Knien). Aus gesamtheitlicher Sicht gelte die psychiatrische Beurteilung unter Berücksichtigung des rheumatologischen Profils.

In Bezug auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit und den Verlauf der körperlichen und psychischen Einschränkungen hielten die ZMB-Gutachter fest, dass der Versicherte ab 2. September 2010 arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Es sei dann eine IV-unterstützte Wiedereingliederung mit Erreichen einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit im März 2012 erfolgt. Die erreichte Eingliederung sei knapp geblieben, sie könne nicht als nachhaltig bezeichnet werden. Ab dem 1. August 2013 sei der Explorand erneut arbeitsunfähig geschrieben worden. Er habe sich ab dem 1. Februar 2014 selbständig als Umzugsberater wiedereingliedern können. Ab dem 10. September 2014 habe er erneut krankgeschrieben werden müssen. Zwischen dem 4. Mai 2015 bis 13. August 2015 seien Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings erfolgt. Gemäss Abschlussbericht vom 19. August 2015 habe sich der Versicherte für jegliche Art von Arbeit vollständig arbeitsunfähig gefühlt. Gemäss Bericht der Eingliederungsstätte J.\_\_\_\_ vom 3. September 2015 sei er an seine Grenzen gekommen, er sei nicht mehr motiviert gewesen und habe sich völlig energielos gezeigt. Nachgewiesen werden könne ein eingliederungsanamnestischer Leidensdruck. Das Ausmass der von der Eingliederungsstätte J.\_\_\_\_ beschriebenen Energielosigkeit könne jedoch psychiatrisch nicht vollumfänglich nachvollzogen werden. Der Versicherte sehe sich weiterhin nicht in der Lage, wieder erwerbstätig zu sein. Weitere berufliche Massnahmen der IV dürften aktuell kaum zielführend sein. Psychiatrischerseits könnte möglicherweise längerfristig unter kombinierter psychopharmakologischer-psychotherapeutischer Behandlung inklusive Blutbildbestimmung eine gewisse Besserung erzielt werden. Von rheumatologischer Seite her könne keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen erreicht werden. In Bezug auf die Prognose äusserten sich die Gutachter dahingehend, dass von psychiatrischer Seite her mit längeren Verlaufszeiträumen zu rechnen sei. Im Rahmen der Bemerkungen hielten die Gutachter fest, dass eine deutlich nachweisbare, psychiatrische Problematik bestehe. Diese beeinflusse in relevantem Ausmass das erwerbsbezogene Leistungsvermögen. In zwei Jahren sollte die psychiatrische Situation nochmals evaluiert werden.

6.1 Wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 4.4 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 hier keine vor. Das ausführliche Gutachten des ZMB vom 19. April 2017 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. Erwägung 4.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation schlüssig und enthält einleuchtende Schlussfolgerungen, so dass darauf vollumfänglich abgestellt werden kann.

6.2 Vorliegend ist der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers denn auch unbestritten. In Bezug auf die psychiatrischen Beschwerden gehen alle involvierten psychiatrischen Fachärzte (Dr. F.\_\_\_\_, Dr. G.\_\_\_\_, Dr. I.\_\_\_\_, Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_) von einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung aus, die sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Zudem wird die Arbeitsunfähigkeit von Dr. F.\_\_\_\_, von Dr. I.\_\_\_\_, von Dr. D.\_\_\_\_ sowie vom psychiatrischen Gutachter des ZMB, Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, übereinstimmend mit 50 % beziffert. Soweit Dr. G.\_\_\_\_ ohne nähere Begründung eine Arbeitsunfähigkeit von 80-100 % attestiert, kann aus beweisrechtlicher Hinsicht nicht darauf abgestellt werden. Zudem bestehen aus rheumatologischen Gründen gewisse Einschränkungen bezüglich der Art der Erwerbstätigkeit, begründet durch ein cervicales und lumbales Schmerzsyndrom bei diskreten bis mässigen degenerativen Veränderungen des gesamten Achsenskeletts, einer mässigen Keilwirbelbildung BWK11 und 12, mässigen degenerativen Veränderungen der Sacroiliacalgelenken, einer muskulären Dysbalance im Nacken- und Schultergürtel sowie einer Femoropatellararthrose und einer diskreten, medialen Gonarthrose links bei anamnestisch Status nach traumatischem Teilabriss der lateralen Patella.

6.3 In seiner Stellungnahme vom 28. April 2017 zum ZMB-Gutachten gelangte auch Dr. E.\_\_\_\_ zur Auffassung, dass das Gutachten in formaler wie inhaltlicher Hinsicht den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches Gutachten genüge. Er stellte sich allerdings auf den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer gemäss Akten lediglich alle drei Wochen zu Dr. G.\_\_\_\_ gehe und keine antidepressive Medikation erhalte, was für die gegenwärtig mittelgradige depressive Störung eine eindeutig nicht genügende Therapie darstelle. Es wäre ihm zumutbar, die bestmögliche Behandlungsintensität und die bestmögliche antidepressive Medikation anzunehmen, um seinen Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu verbessern. Hinweise für eine Therapieresistenz würden nicht vorliegen, da der Versicherte eher selten und psychopharmakologisch überhaupt nicht behandelt werde. Im Rahmen des Vorbescheidsverfahrens führte Dr. E.\_\_\_\_ am 14. Juni 2017 aus, dass nicht von einer absoluten Therapieresistenz gesprochen werden könne, da nicht alle Optionen ausgeschöpft worden seien. Gestützt auf diese Einschätzung erliess die Beschwerdegegnerin am 28. Juni 2017 die vorliegend angefochtene Verfügung. Darin lehnte sie einen Rentenanspruch mit der Begründung ab, dass die Abklärungen ergeben hätten, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven

Störung, gegenwärtig mittelgradig, leide. Aus den Gutachten gehe hervor, dass er in der Arbeitsfähigkeit zu 50 % eingeschränkt sei. Bezüglich dieses Leidens liege aber keine Therapieresistenz vor, da die Behandlungsmöglichkeiten bisher nicht optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden seien. Die gestellte Diagnose falle deshalb nicht als invalidisierende Krankheit in Betracht.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei dieser Beurteilung auf die damalige Rechtsprechung des Bundesgerichts, die bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis – aufgrund der regelmässig guten Therapierbarkeit – eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Regel verneinte (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 2016 IV Nr. 52 S. 176 E. 4.2). Eine leichte bis mittelschwere depressive Störung wurde demnach nur als invalidisierend gewertet, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar war, was voraussetzte, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz bestand („fehlende Therapieresistenz“, vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juli 2017, 8C\_222/2017, E. 5.2). Der Beschwerdeführer stellte sich in der Beschwerde vom 28. August 2017 gegen diese Rechtsprechung des Bundesgerichts und legte dar, dass das Kriterium der Therapieresistenz das Rechtsgleichheits- und Diskriminierungsverbot verletze, da die Therapierbarkeit per se kein Argument sei, eine Rente zu verweigern.

7.2 Wenige Tage nachdem die vorliegende Angelegenheit dem Gericht erstmals zur Beurteilung überwiesen wurde, teilte das Bundesgericht in einer Presseerklärung mit, dass es mit zwei Entscheiden vom 30. November 2017 (BGE 143 V 409 ff. und 418 ff.) seine Rechtsprechung zur Beurteilung des Anspruchs auf eine IV-Rente bei psychischen Leiden geändert habe. In BGE 143 V 418 ff. entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 ff. zu unterziehen seien (Erwägung 7 des genannten Entscheids). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt es im gleichentags ergangenen BGE 143 V 409 ff. fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (Erwägung 5.1 des genannten Entscheids). Damit bekräftigte das Bundesgericht seine Rechtsprechung gemäss BGE 127 V 294 E. 4c, wonach die Behandelbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegenstehe (BGE 143 V 409 E. 4.2.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; SVR 2018 IV Nr. 36 S. 116 E. 4.2.1).

7.3 Die Parteien äusserten sich in der Folge – der Beschwerdeführer in seinen Eingaben vom 19. Dezember 2017 und 13. Februar 2018 und die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 17. Januar 2018 – zu den Auswirkungen dieser neuen Praxis auf den vorliegenden

Fall. Die Beschwerdegegnerin erwog im Wesentlichen, ärztlicherseits werde dem Beschwerdeführer aufgrund einer psychiatrischen Symptomatik eine Einschränkung in seiner Leistungsfähigkeit attestiert. Es könne aber weder von einer konsequenten Depressionstherapie noch davon gesprochen werden, dass das Leiden therapeutisch nicht angebar sei, weshalb dem Leiden keine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen sei. Sie hielt demzufolge an ihrer Auffassung fest und verneinte einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer beantragte die Gutheissung der Beschwerde und die Zusprechung einer halben Rente spätestens ab Oktober 2015.

8.1 Gemäss BGE 143 V 418 sind sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2018, 8C\_756/2017 E. 4 mit weiterem Hinweis) und ist somit auch im vorliegenden Fall massgebend. Im Folgenden ist demnach zu prüfen, ob die vorhandene medizinische Aktenlage es erlaubt, die Beschwerde in Anwendung der geschilderten neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu beurteilen. In diesem Zusammenhang ist vorab auf den Grundsatz hinzuweisen, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8, 137 V 210 E. 6). Vorliegend nahmen die ZMB-Gutachter Bezug auf die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 ff. und das IV-Rundschreiben Nr. 334, da sie von der Beschwerdegegnerin im Auftragsschreiben bereits dazu aufgefordert worden waren. Die Gutachter setzten sich somit bereits mit den Standardindikatoren auseinander. Das ZMB-Gutachten enthält damit alle erforderlichen Angaben für die Prüfung der Frage, ob sich ein invalidisierender Gesundheitsschaden anhand der Standardindikatoren verifizieren lässt (vgl. SVR 2018 IV Nr. 36 S. 116 E. 4.3). Dies wurde auch von Dr. E. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. April 2017 so festgestellt, nachdem er das Gutachten einer Prüfung unterzogen hatte.

8.2 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beachtlichen Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert: Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel „Gesundheitsschädigung“. Darunter sind die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und die Komorbiditäten zu würdigen. Im zweiten, die „Persönlichkeit“ betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt, und es sind die persönlichen Ressourcen des Versicherten zu eruieren. Im dritten Indikatoren-Komplex schliesslich ist unter dem Titel „Sozialer Kontext“ eine Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds vorzunehmen. Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die „Konsistenz“ zu prüfen. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien wie die Indikatoren einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und eines behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 281 E. 4).

8.3 Zwar hatten die Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substanziell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahin gehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und – in der Folge – Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und damit vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität nur begründen, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6).

Nach dem Gesagten sind bei der Indikatorenprüfung der Schweregrad der Krankheit und die Konsistenz des Verhaltens der versicherten Person von zentraler Bedeutung, wobei namentlich die Ressourcen im Alltag ausschlaggebend sind. Zu diesen Aspekten enthält das ZMB-Gutachten hinreichende und überzeugende Antworten. So ist ihm in Bezug auf die Schwere der Krankheit zu entnehmen, dass sich die Depression in einer mittelgradigen Episode manifestiere und die akzentuierten Persönlichkeitszüge mittelgradig ausgeprägt seien (vgl. S. 49 und S. 60 des ZMB-Gutachtens). Der psychiatrische Gutachter des ZMB Dr. K.\_\_\_\_ legte ausserdem dar, dass sich die Persönlichkeitsakzentuierung und die depressive Störung gegenseitig durchdringen würden (vgl. S. 49 und S. 65 des ZMB-Gutachtens). Weiter führte er in Bezug auf den sozialen Kontext und die Ressourcen aus, dass für den Fall, dass der Beschwerdeführer nicht zu sehr unter Druck gerate, er sich sozial, beruflich und partnerschaftlich nachweisbar gut entwickeln könne. Gelingt es ihm dagegen nicht, seine emotionalen und leistungsbezogenen Ziele zu erreichen, würden seine Ressourcen erheblich einbrechen. In Bezug auf den Indikator „Persönlichkeit“ führte Dr. K.\_\_\_\_ auf S. 37 und 38 aus, dass diese mässig integriert sei: mässig integriert seien die Selbst-/Fremdwahrnehmung, die Selbststeuerung und die innere Beziehung/äussere Beziehung. Zur Konsistenz des Verhaltens des Beschwerdeführers hielt Dr. K.\_\_\_\_ ausdrücklich fest, dass die erhobenen Untersuchungsbefunde mit den anamnestischen Angaben bezüglich des Aktivitätenniveaus des Beschwerdeführers übereinstimmen würden. Es bestehe eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Die Angaben seien auch aktenkonform. Das Verhalten des Beschwerdeführers während der Exploration sei konsistent gewesen (vgl. S. 50 und S. 65 f. des ZMB-Gutachtens). Anhaltspunkte für eine Aggravation oder eine Verdeutlichungstendenz wurden nicht gefunden. Zu den Aspekten „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ stellte Dr. K.\_\_\_\_ klar, dass ein behandlungsanamnestischer Leidensdruck gut nachvollzogen werden könne (S. 53 des ZMB-Gutachtens). Die Indikation zur Fortsetzung der getroffenen psychiatrischen Massnahmen sei gegeben. Von einer Polypragmasie (= therapeutisches oder diagnostisches Vorge-

hen, das durch eine große Zahl verschiedener, unkoordinierter und oft sinnloser ärztlicher Maßnahmen gekennzeichnet ist) wäre eher abzuraten. Ein neuerlicher psychopharmakologischer Versuch unter Verfolgen der Blutspiegel sei aber angezeigt. Die Therapieresistenz könne auch durch eine erhöhte Abbaurate bedingt sein. In den Akten würden keine Blutspiegeluntersuchungen erwähnt. Möglicherweise könnte sich ein stationär-psychiatrischer Versuch zum Beispiel auf der Depressionsforschungsstation der Klinik L.\_\_\_\_\_ lohnen. Abzuraten wäre von forcierten therapeutischen Massnahmen; ein stationäres multimoduläres Programm sollte nur mit Augenmass erfolgen.

8.4 In Berücksichtigung all dieser Faktoren, die für die Indikatorenprüfung wesentlich sind, bejahte das ZMB – wie bereits auch schon Dr. D.\_\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_\_ – das Vorliegen einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten psychischen Gesundheitsschädigung und attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Diese gutachterliche Beurteilung ist nicht zu beanstanden; insbesondere erweist sich die Annahme einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit in Anbetracht der von den Gutachtern beschriebenen, vorwiegend mittelschweren Beeinträchtigung der Ressourcen als plausibel und überzeugend. Es sind jedenfalls keine nachvollziehbaren Gründe ersichtlich, weshalb von dieser Beurteilung abgewichen werden sollte. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin ist deshalb bei der Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers gestützt auf das überzeugende Gutachten des ZMB davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung vorliegt und dass er deshalb zu 50 % in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist.

In Bezug auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit und den Verlauf der körperlichen und psychischen Einschränkungen hielten die ZMB-Gutachter fest, dass der Versicherte ab 2. September 2010 arbeitsunfähig geschrieben worden sei, dann aber per März 2012 eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit und eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt habe erreicht werden können. Die erreichte Eingliederung sei knapp geblieben und könne nicht als nachhaltig bezeichnet werden. Ab dem 1. August 2013 sei der Explorand erneut arbeitsunfähig geschrieben worden. Er habe sich ab dem 1. Februar 2014 selbständig als Umzugsberater wiedereingliedern können. Ab dem 10. September 2014 sei der Versicherte erneut krankgeschrieben worden. Ein erneuter Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess gelang dem Beschwerdeführer seither nicht mehr. Die ZMB-Gutachter legten daher den Beginn der von ihnen definierten 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit auf den 10. September 2014 fest (ZMB-Gutachten S. 54).

9.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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).

9.2 Da die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch mit der Begründung, dass der Beschwerdeführer nicht an einer invalidisierenden Krankheit leide, ablehnte, nahm sie selbstredend keinen Einkommensvergleich vor. Da es nicht Aufgabe des Kantonsgerichts, sondern der Beschwerdegegnerin ist, erstinstanzlich einen Einkommensvergleich vorzunehmen, ist die Gelegenheit zu diesem Zwecke an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird das Validen- und das Invalideneinkommen zu ermitteln haben, wobei letzteres nach dem vorstehend Gesagten auf der Basis einer 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. zum genauen Leistungsprofil: ZMB-Gutachten S. 67 f.) zu bemessen sein wird. Gestützt auf die erhobenen Zahlen wird die Beschwerdegegnerin anschliessend anhand eines Einkommensvergleichs den Invaliditätsgrad zu ermitteln und die Höhe des Rentenanspruchs festzusetzen haben. Bei der Rentenzusprache wird die Beschwerdegegnerin überdies den Umstand zu berücksichtigen haben, dass der Beschwerdeführer gemäss Art. 29<sup>bis</sup> IVV kein Wartejahr mehr zu erfüllen hat, da nach der Aufhebung der Viertelsrente per Ende Januar 2012 innerhalb von drei Jahren wieder eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit aufgrund desselben Leidens eintrat, weshalb die bereits früher eingetretene einjährige Wartezeit zu berücksichtigen ist. Der Beschwerdeführer meldete sich erneut mit Gesuch vom 2. Februar 2015 bei der Beschwerdegegnerin an. Die sechsmonatige Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG ab Anmeldung hat er dagegen zu bestehen (vgl. dazu BGE 142 V 547 E. 3.2). Das bedeutet, dass ab dem 1. August 2015 Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

10. Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 28. Juni 2017 aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Diese wird die Höhe des Rentenanspruchs im Sinne der Erwägungen zu bemessen und eine entsprechende Rentenverfügung mit Anspruchsbeginn am 1. August 2015 zu erlassen haben.

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

11.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die Beschwerdegegnerin als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden.



11.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Beschwerdeführer obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner aktualisierten Honorarnote vom 13. Februar 2018 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 16.33 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- und nicht zu dem vom Rechtsvertreter geltend gemachten Ansatz von Fr. 300.-- zu entschädigen. Die Schwierigkeit und die Bedeutung der vorliegenden Angelegenheit rechtfertigen kein Abweichen von der Praxis der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts. Nicht zu beanstanden sind die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 143.20. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'562.40 (16.33 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 143.20 zuzüglich 8 % bzw. 7.7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

12.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

12.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

12.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung – wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst – einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb

der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 645 E. 2.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C\_567/2008, E. 2-4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C\_748/2007).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 28. Juni 2017 aufgehoben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'562.40 (inkl. Auslagen und 8 % bzw. 7.7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>