



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 24. Mai 2018 (720 17 374 / 131)

Invalidenversicherung

Indikatoren und ihre Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Eine Überprüfung und Abweichung von der gutachterlichen Zumutbarkeitsbeurteilung kann nur dann zulässig sein, wenn die gutachterliche Einschätzung mit den objektiven Umständen ganz offensichtlich nicht in Einklang zu bringen ist.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch syndicom, Frau Néomie Nicolet, Rechtsanwältin, Monbijoustrasse 33, Postfach, 3001 Bern

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1962 geborene A.____ war seit Oktober 2000 mit einem Pensum von 100 % als Polygraf bei der B.____ AG tätig. Am 28. April 2014 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis, wobei A.____ bereits seit dem 14. Januar 2014 krankheitsbedingt vollständig arbeitsunfähig war. Am 27. Mai 2014 meldete er sich sodann wegen einer seit 1983 bestehenden rezidi-

vierenden depressiven Störung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse, namentlich nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens bei Prof. Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Oktober 2017 trotz attestierter Arbeitsunfähigkeit von 50 % einen Rentenanspruch mit der Begründung, dass die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien. Somit könne nicht von einer Therapieresistenz gesprochen werden, welche gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung Bedingung für die Annahme einer Invalidität sei.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwältin Néomie Nicolet, syndicom, Gewerkschaft Medien und Kommunikation, mit Eingabe vom 7. November 2017 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Sie beantragte für ihren Mandanten die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung einer halben IV-Rente. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Aussagen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) in seinen Stellungnahmen vom 11. April 2017 und 16. August 2017 zur Therapieresistenz würden nicht mit dem tatsächlich vorliegenden Sachverhalt korrespondieren. Eine Dosiserhöhung des Medikamentes Venlafaxin wäre gemäss den erhobenen Blutwerten nicht zielführend. Eine Kombinationstherapie, ein Medikamentenwechsel sowie eine stationäre Behandlung hätten bereits in der Vergangenheit ohne nachhaltige Besserung stattgefunden. Der Versicherte sei somit bei optimal ausgerichteter Therapie gemäss gutachterlicher Einschätzung aufgrund einer mittelgradigen, rezidivierenden depressiven Störung seit mindestens März 2013 zu 50 % arbeitsunfähig.

C. Mit Vernehmlassung vom 24. Januar 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Mit Verweis auf die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Therapieresistenz bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen (BGE 143 V 409) hielt sie fest, dass vorliegend nicht nur von einer fehlenden Therapieresistenz auszugehen sei, sondern auch von ausreichenden Ressourcen des Beschwerdeführers, weshalb sein berufliches Leistungsvermögen auch aus diesem Grund nicht relevant eingeschränkt sei.

D. Mit Replik vom 22. Februar 2018 wendete die Rechtsvertreterin ein, dass Prof. Dr. C.____ in ihrem Gutachten eine Indikatorenprüfung vorgenommen und in Berücksichtigung der Ressourcen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert habe. Gemäss bundesgerichtlicher Praxis dürfe von der Zumutbarkeitsbeurteilung eines schlüssigen Gutachtens, in welchem die Prüfung der Standardindikatoren vorgenommen worden sei, nicht abgewichen werden. Ferner bestehe die depressive Erkrankung nachweislich seit der Adoleszenz und sei somit nicht auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen.

E. Die IV-Stelle führte mit Duplik vom 26. März 2018 dagegen an, dass es zwar zutreffe, dass das Gutachten vom 17. März 2017 von Prof. Dr. C.____ eine Prüfung der Standardindikatoren beinhalte und grundsätzlich beweiskräftig sei. Dies bedeute allerdings nicht, dass die IV-Stelle an die Zumutbarkeitsbeurteilung der Gutachterin gebunden sei. Gemäss bundesgerichtlicher Praxis sei eine rentenbegründende Invalidität nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt

worden seien und den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen worden sei. Dies treffe auf das Gutachten von Prof. Dr. C._____ nicht zu. Ausserdem habe sich der Stellenverlust des Beschwerdeführers bereits vor der Exazerbation der Depression abgezeichnet, so dass Ursache der Verschlechterung ein psychosozialer Faktor sei.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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, 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 des Versicherten vom 7. November 2017 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine IV-Rente hat.

2.1 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).

2.2 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).

2.3 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 erwartet 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).

2.4 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.

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

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs ge-

statten. 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).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt hingegen nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. Auf sie kann nicht abgestellt werden, sobald bereits geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

4. Mit psychiatrischem Gutachten vom 17. März 2017 diagnostizierte Prof. Dr. C._____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode ohne somatische Symptome (ICD-10 F33.10). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 Z73.1). Neben einer gedrückten Stimmung, einer Antriebsverminderung und einem Interessenverlust beständen beim Versicherten ein vermindertes Selbstwertgefühl, pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen und Suizidgedanken. Damit seien die Kriterien einer mittelschweren Episode erfüllt. Der Versicherte stamme aus einer psychisch belasteten Familie. Mutter und Schwester hätten unter Depressionen gelitten und Suizidversuche begangen. Der Vater sei jähzornig und gewaltsam gewesen, was die Jugend des Versicherten geprägt habe. Seit 1987 sei er in psychiatrischer Behandlung. In der Rekrutenschule sei es erstmals zu einer psychotischen Episode gekommen. Seit Beginn seiner psychischen Probleme träten in Belastungssituationen immer wieder psychotische Reaktionen auf. Insgesamt sei die Beschwerdeschilderung konsistent, es gebe keine Anhaltspunkte für Aggravation oder Simulation. Durch die unterdurchschnittlichen kognitiven Leistungen, den gestörten Schlaf und die Antriebsstörungen sowie die anhaltende depressive Verstimmung sei die Arbeitsfähigkeit massgebend beeinträchtigt. Zum Teil seien die kognitiven Defizite auf die affektive Störung zurückzuführen, insbesondere in den Bereichen Aufmerksamkeit, Konzentration und Flexibilität. In Stresssituationen reagiere er zudem empfindlich und sei daher reduziert belastbar und abhän-

gig von einer guten Umgebung. Es gelinge ihm zwar, sich an Regeln und Routinen anzupassen, jedoch falle ihm die Planung und Strukturierung von Aufgaben sehr schwer. Ausserdem fehle es ihm an Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei nahezu nicht vorhanden und die Durchhaltefähigkeit sei beeinträchtigt. Weiter sei der Versicherte in der Gruppenfähigkeit, in der Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie im Bereich der spontanen Aktivitäten eingeschränkt. Seine familiäre Situation sei belastet durch die Betreuung des autistischen Sohnes.

Unter Behandlung habe der Versicherte über Jahre einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nachgehen können. An seiner letzten Stelle sei es ihm schliesslich nicht mehr gelungen, den Anforderungen zu genügen und mit dem Druck umzugehen, weshalb er Ende April 2014 die Kündigung erhalten habe. Nach dieser Erfahrung seien seine Ressourcen erschöpft gewesen, was sich heute an der kaum vorhandenen Resilienz und Selbstwirksamkeit objektivieren lasse. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte zu 50 % beeinträchtigt. Diese Einschätzung korrespondiere mit den Ergebnissen der Eingliederungsmassnahmen. Abgesehen von der Zeit der stationären Behandlung vom 28. April 2014 bis 11. Juli 2014, als der Versicherte 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, sei von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit seit März 2013 auszugehen.

In Bezug auf die Psychopharmakotherapie bestehe schon lange eine Behandlung mit Venlafaxin in relativ gleichbleibender Dosierung. In Anbetracht der Therapieresistenz sollten Spiegelkontrollen und ein Wechsel der Substanzen entsprechend den Behandlungsleitlinien vorgenommen werden. Die bestehende Durchlässigkeit der Ich-Funktion deute auf eine gewisse psychotische Symptomatik hin. Dieser sollte in der psychopharmakologischen Behandlung etwas mehr Rechnung getragen werden. Das Antipsychotikum Quetiapin werde vor allem als Schlafmedikation verwendet. Ein Wechsel auf eine andere Substanz sei in Betracht zu ziehen.

5.1 Aus diesen Ausführungen zur Medikation folgte der RAD, dass der Versicherte noch nicht austherapiert sei. So kam Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 11. April 2017 zum Schluss, dass lediglich eine relative, aber keine absolute therapieresistente Situation bestehe. Eine therapeutische Option zur Verbesserung der depressiven Störung sei eine Dosiserhöhung des Medikaments Venlafaxin. Sollte eine Dosiserhöhung keine Remission bewirken, wäre die Wirksamkeit des Medikaments anhand eines therapeutic drug monitoring zu prüfen. Danach wäre an eine andere antidepressive Substanz oder Substanzgruppe zu denken, an eine Kombinations- respektive Augmentationsstrategie und schliesslich an eine erneute elektive vorübergehende stationäre antidepressive Behandlung. Solange nicht alle diese Schritte hinreichend, konsequent und mit gesicherter Compliance durchgeführt worden seien, könne nicht von einer absoluten Therapieresistenz gesprochen werden.

5.2 Am 21. Juli 2017 gab der behandelnde Psychiater, Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Auskunft über die therapeutischen Massnahmen. Eine weitere Erhöhung der seit dem 2. November 2015 verabreichten Dosis Venlafaxin von 150 mg würde ohne Nutzen sein, weil die Plasmakonzentrationsbestimmung vom 8. Mai 2017 bei der genannten Dosierung einen Wert von 1.23 umol/l (Referenzwert: 0,36 – 1.48 umol/l) ergeben habe, der bereits im oberen Referenzbereich liege. Weiter verfüge Venlafaxin im Vergleich zu alternativen modernen

Medikamenten über eine höhere anitdepressive Potenz. Es mache deshalb wenig Sinn, das Medikament zu wechseln. Auf eine Kombinationstherapie mit einem Antidepressivum sei verzichtet worden, weil kein entsprechender response zu erwarten gewesen sei. Die Begleitmedikation mit dem Neuroleptikum Quetiapin sei infolge des Gedankenkreisens und der Insomnie installiert worden. Neben dem depressiven Syndrom beständen eine konsistente, therapierefraktäre soziale Phobie und seit der Adoleszenz akzentuierte Persönlichkeitszüge. Beide Diagnosen zeigten unter kognitiver Verhaltenstherapie keine Besserung, weshalb das konsequente depressive Syndrom trotz evidenzbasierter Pharmakotherapie persistiere. Die Arbeitsfähigkeit sei beeinträchtigt durch eine eingeschränkte Selbstwirksamkeitserwartung und -behauptungsfähigkeit, eine Affektlabilität, eine verminderte Impulskontrolle, mangelnde Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, eine Unfähigkeit zur Anpassung an Routinen und zu Spontanaktivitäten sowie eine verminderte Kontakt- und Gruppenfähigkeit. Der Versicherte habe sich während seiner gesamten beruflichen Tätigkeit inklusive Ausbildung "durchgebissen", wie er es zu Hause gelernt habe.

5.3 Dr. D.____ hielt am 16. August 2017 an seinen Aussagen zur Behandlung fest und wiederholte, dass der Versicherte aufgrund der unveränderten Medikation mit Venlafaxin hinsichtlich der depressiven Episode nicht als austherapiert eingeschätzt werden könne. Zu versuchen seien eine Dosiserhöhung und andere Therapiearten. Dr. D.____ gestand jedoch ein, dass die Wahl der Vorgehensweise einzig in der Verantwortung des behandelnden Psychiaters liege.

6. Die IV-Stelle lehnte mit Verfügung vom 6. Oktober 2017 und mit Bezug auf die Ausführungen des RAD-Arzt Dr. D.____ vom 11. April 2017 und 16. August 2017 einen Anspruch auf eine IV-Rente gestützt auf die damals geltende Rechtsprechung des Bundesgerichts, dass eine leichte bis mittelgradige depressive Störung nicht invalidisierend sei, wenn keine Behandlungsresistenz vorliege (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juli 2017, 8C_222/2017, E. 5.2). Aus der geänderten Rechtsprechung gemäss BGE 143 V 409 ergibt sich nun allerdings, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz ausgeschlossen werden darf. Denn die Behandelbarkeit eines Leidens steht dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 127 V 294 E. 4c). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen sind deshalb nun ebenfalls 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). Infolge dieser neuen Rechtsprechung begründete die Vorinstanz die Leistungsverweigerung in ihrer Vernehmlassung vom 24. Januar 2018 nicht mehr ausschliesslich mit der fehlenden Therapieresistenz, sondern hauptsächlich mit den verbleibenden Ressourcen des Beschwerdeführers. Es ist zu prüfen, wie es sich damit verhält.

7.1 Gemäss altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezi-

fischen 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). Mithin ist in jedem Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungsreife und –dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen.

7.2 Vorweg ist festzuhalten, dass das Gutachten von Prof. Dr. C.____ vom 17. März 2017 sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches Gutachten erfüllt. Es weist zwar keine separate Indikatorenprüfung auf, eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren ist jedoch ohne weiteres möglich (BGE 141 V 281 E. 8, 137 V 210 E. 6). Das Gutachten enthält demnach alle erforderlichen Angaben für die Prüfung der Frage, ob sich ein invalidisierender Gesundheitszustand anhand der Standardindikatoren verifizieren lässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2018, 8C_449/2017, E. 4.2.2 und 4.3). In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die Vorinstanz das Gutachten von Prof. Dr. C.____ hinsichtlich Standardindikatoren als beweiskräftig beurteilte. Namentlich stellte RAD-Arzt Dr. D.____ bereits in seiner Stellungnahme vom 11. April 2017 fest, dass die Gutachterin die Indikatoren erläutert und die vorhandenen Ressourcen nachvollziehbar in den medizinischen Zusammenhang gestellt habe, weshalb auf ihre Beurteilung abzustellen sei. Diese Feststellung erweist sich in Würdigung des Gutachtens – entgegen den nachträglich in der Vernehmlassung vorgebrachten Vorbehalten - als richtig.

7.3 Prof. Dr. C.____ legte unter Berücksichtigung der leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und der Kompensationspotentialen andererseits die zumutbare Restarbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft bei 50 % fest. Diese Einschätzung ist aufgrund der beschriebenen Ressourcen nachvollziehbar und überzeugend. Es trifft zwar zu, dass der Rechtsanwender – wie die IV-Stelle vorbrachte - gemäss bundesgerichtlicher Praxis die Indikatoren und ihre Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit frei überprüfen darf. Da die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aber eine medizinische und keine juristische Frage ist, kann eine Überprüfung und Abweichung von der gutachterlichen Zumutbarkeitsbeurteilung nur dann zulässig sein, wenn die gutachterliche Einschätzung mit den objektiven Umständen ganz offensichtlich nicht in Einklang zu bringen ist (vgl. BGE 141 V 281; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2017, 8C_260/2017, E. 4.2.1 ff.), was hier nicht der Fall ist.

7.4 Unbestritten ist die fachärztlich diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradiger Natur ohne somatische Symptome (ICD-10 F33.10). Die IV-Stelle stellt sich auf den Standpunkt, dass die Diagnose hauptsächlich auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen sei (Verlust der Arbeitsstelle, Betreuung des autistischen Sohnes). Dem ist entgegenzuhalten, dass der Beginn der Symptomatik bereits in der Adoleszenz liegt. Nach Austritt aus der Rekrutenschule erfolgte ein erster stationärer Aufenthalt in der Klinik F.____; lange vor der Geburt des Sohnes im Jahr 1998. Nur unter Behandlung konnte der Beschwerdeführer über Jahre einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nachgehen. Die letzte schwere depressive Episode folgte dann auch nicht wie von der IV-Stelle wiedergegeben nach Verlust der Arbeitsstelle, son-

dem bereits vorher. Als die Kündigung am 28. April 2014 ausgesprochen wurde, war der Versicherte bereits seit längerem arbeitsunfähig. Erst nach Eintritt in die Klinik G.____ teilte die Arbeitgeberin dem Beschwerdeführer mit, dass ihm die Stelle gekündigt werde. Die Behauptung, die depressive Störung gründe in erster Linie auf psychosoziale Faktoren, ist mit Blick auf die Krankengeschichte nicht stichhaltig.

7.5 Der Verlauf und der Ausgang von Therapien (und damit Behandlungserfolg bzw. –resistenz) sind wichtige Indikatoren für die Beurteilung des funktionellen Schweregrades einer Einschränkung sowie als Indizien für den tatsächlichen Leidensdruck von Beachtung. Der Beschwerdeführer steht seit vielen Jahren in psychiatrischer Behandlung und hat auch stationäre Aufenthalte hinter sich. Eine Aggravation oder Simulation konnte ohne weiteres ausgeschlossen werden. Stets wurde ihm eine hohe Compliance attestiert, was nicht unwesentlich dafür war, dass die schwere depressive Episode im April 2014 zu einer mittelgradigen remittierte. Eine weitere Verbesserung des Zustands konnte trotz verschiedener Therapieansätze und hoher Bereitschaft des Versicherten nicht erreicht werden. Die IV-Stelle folgerte aus diesem Verlauf richtig, dass der Schweregrad des Krankheitsgeschehens nicht unerheblich ist. Sie vertritt jedoch die Ansicht, dass der Versicherte nicht austherapiert sei. Dem kann nicht gefolgt werden. Bereits während des stationären Aufenthaltes in der Klinik G.____ vom 28. April 2014 bis 11. Juli 2014 wurde ein Wechsel des Antidepressivums von Venlafaxin auf Wellbutrin vorgenommen und zusätzlich Seroquel und Remeron verordnet (vgl. Bericht vom 15. Juli 2014). Die neue Medikation zeigte in der Folge aber nicht die erhoffte Wirkung, so dass auf Wunsch des Versicherten wieder das besser wirksame Venlafaxin verordnet wurde. Folglich trifft es nicht zu, dass seit Jahren ausschliesslich Venlafaxin verabreicht wurde. Vielmehr wurden – wie der Versicherte zutreffend einwenden lässt – alternative Therapien und Kombinationstherapien versucht und wieder verworfen. Eine stationäre Massnahme verbunden mit einer neuen Kombinationsmedikation – wie vom RAD als ultima ratio gefordert – wurde somit bereits im Jahr 2014 erfolglos versucht. All diese Massnahmen zeugen von einem beträchtlichen Leidensdruck des Beschwerdeführers. So nahm er auch einen Therapeutenwechsel vor. Der nun behandelnde Psychiater, Dr. E.____, begründet im Weiteren überzeugend, weshalb von einer höheren Dosierung des Antidepressivums oder einer alternativen Kombinationsmedikation keine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Dem setzt sich auch RAD-Arzt Dr. D.____ nicht mehr ernsthaft entgegen. Denn nur so kann seine abschliessende Feststellung im Bericht vom 16. August 2017 verstanden werden, dass die Verantwortung für die weitere Vorgehensweise allein dem behandelnden Psychiater obliege.

7.6 Eine psychiatrische Komorbidität ist – wie die IV-Stelle zurecht anführt – zwar nicht gegeben, denn eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann, ist nicht im Rahmen der Komorbidität zu berücksichtigen, dafür aber im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsdiagnostik (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestierte die Gutachterin eine akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 Z73.1). Isoliert betrachtet, schränkt diese Diagnose die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Es sind aber Wechselwirkungen zwischen den akzentuierten Persönlichkeitsmerkmalen und der depressiven Störung zu beachten. Prof. Dr. C.____ weist darauf hin, dass der Versicherte - wie auch im neuropsychologischen Funktionstest bestätigt - parano-

ide, impulsive, schizoide und ängstlich-vermeidbare Züge zeige. Diese Persönlichkeitsakzentuierungen trügen zur Entstehung depressiver Episoden bei und möglicherweise auch zu einer sich abzeichnenden Chronifizierung der affektiven Störung. Somit steht ausser Frage, dass die auffälligen Persönlichkeitszüge in Wechselwirkung mit der depressiven Störung die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflussen.

7.7 Entgegen der Auffassung der IV-Stelle gibt es ferner keine Hinweise dafür, dass die Gutachterin die verbleibenden Ressourcen des Versicherten als zu gering einschätzte und von einer zu hohen Arbeitsunfähigkeit ausging. So spricht die Fähigkeit des Versicherten, im Haushalt gewisse Aufgaben zu übernehmen und sich an der Betreuung seines autistischen Sohnes zu beteiligen keineswegs gegen eine Beeinträchtigung seiner Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 %. Im Gegenteil sprechen auch die Ergebnisse des Belastbarkeits- und des Arbeitstrainings für die Plausibilität der gutachterlichen Zumutbarkeitsbeurteilung. So ist dem Bericht der Eingliederungsstätte Baselland vom 8. April 2016 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bis zum Schluss der beruflichen Massnahme bei optimaler Compliance ein Pensum von 85 % bei einer durchschnittlichen Leistung von 55 % erreicht habe, was einer Arbeitsfähigkeit von 46,75 % entspreche. Damit ist dargelegt, dass die Ressourcen des Beschwerdeführers ausreichen, um eine Tätigkeit im Rahmen von 50 % zu leisten. Ein darüber hinaus gehendes Pensum würde ihn überfordern und die erreichte Balance zwischen gesundheitlicher Einschränkung und Arbeitsleistung unnötigerweise gefährden. Das intakte Familienumfeld und die bestehenden Freundschaften sind ebenso wenig als invaliditätsausschliessende Faktoren zu werten. Gemäss Gutachten pflege der Beschwerdeführer soziale Kontakte mit seiner Schwester und der Verwandtschaft seiner Frau. Sie sähen sich etwa 3-4 Mal im Jahr. Ausserdem habe er 2-3 Freunde, die er in Basel besuche. Insgesamt ginge er jedoch selten in Ausgang. Letztmals sei er vor zwei Jahren mit seiner Frau zu einem Konzert gegangen. Als er jünger gewesen sei, habe er mehr Kontakte gehabt. Er sei aber schon immer eher ein Einzelgänger gewesen. Zwischen seinem 30. und 40. Lebensjahr habe er sich noch stärker zurückgezogen. Bei diesem bescheidenen Aktivitätsniveau kann nicht von einer massgebenden Ressource gesprochen werden, die es dem Versicherten erlauben würde, ein höheres Pensum zu leisten. Vielmehr korrespondieren die aufgezeigten Ressourcen vollends mit der attestierten Restarbeitsfähigkeit.

8. Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Prof. Dr. C.____ von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit März 2013 auszugehen ist. Ein Leistungsanspruch würde somit frühestens ab März 2014 bestehen. Da die Anmeldung zum Leistungsbezug erst im Mai 2014 erfolgte, sind Leistungen erst ab 1. November 2014 geschuldet (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dementsprechend ist die Angelegenheit zur Berechnung des Rentenanspruchs durch Vornahme des Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 6. Oktober 2017 aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer seit März 2013 50 % arbeitsunfähig ist.

Die Angelegenheit wird zur Durchführung des Einkommensvergleichs und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
 3. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'491.70 (inkl. Auslagen) zu bezahlen.

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