

BL_GERICHTE 720 24 326 vom 27. November 2025

BL Gerichte, 2025-11-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_24_326

FR: BL_GERICHTE 720 24 326 du 27 novembre 2025

IT: BL_GERICHTE 720 24 326 del 27 novembre 2025

Regeste

Das vorliegende Verwaltungsgutachten bildet keine rechtsgenügende medizinische Beurteilungsgrundlage. Die Würdigung des Gutachtens durch die Beschwerdegegnerin vermag die bundesrechtlich geforderte hinreichende Plausibilisierung der Folgenabschätzung durch die Gutachterperson nicht zu erbringen. Die Schlussfolgerungen der IV-Stelle zur Arbeits(un)fähigkeit ohne vertiefende strukturierte Prüfung der Einschränkung des funktionalen Leistungsvermögens im Verwaltungsgutachten vermögen nicht zu überzeugen. Der medizinische Sachverhalt ist nicht hinreichend abgeklärt, weshalb die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

Erwägungen

E. 1

Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten. 2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 2.2 Seit dem 1. Januar 2022 wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (vgl. Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 – 69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 – 50% gelten prozentuale Anteile zwischen 25% und 47.5% (Abs. 4). 2.3 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). 2.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 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. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

E. 3

Vorliegend handelt es sich um eine Neuanmeldung nach rechtskräftiger Ablehnung einer Invalidenrente. Im Falle eines Eintretens auf eine Neuanmeldung ist nach Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961 i.V.m. Art. 17 Abs. 1 ATSG analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit dem Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert haben (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). 4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 4.2 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 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, 122 V 157 E. 1c). 4.3 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). Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7). 4.4 Rechtsprechungsgemäss ist in Revisionsfällen zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010 E. 4.2 f.; SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C_418/2010 E. 4.2; Andreas Traub, Neues aus den sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 183 ff.; vgl. dazu Urteil 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.3 mit Hinweisen; ferner Urteil des Bundesgerichts vom 8. August 2024, 8C_88/2023, E. 4.2.1). 5.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. Im Zentrum der medizinischen Beurteilung stehen indessen insbesondere die nachfolgenden medizinischen Unterlagen: 5.2.1 Im Zeitpunkt der am 2. Februar 2021 verfügten Leistungsablehnung erweist sich im Wesentlichen das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. August 2020 als von Bedeutung. Darin waren folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden: Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (ICD-10 F42.2), akzentuierte narzisstische schizoide Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.0, Differenzialdiagnose [DD] neurotische Persönlichkeitsstörung [ICD-10 F60.9]), spezifische (isolierte) Phobien (ICD-10 F40.2), sonstige gemischte Angststörungen (ICD-10 F41.3)

sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). Im Rahmen der medizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen festgehalten, dass eine Zwangsstörung mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt vorliege, verbunden mit unspezifischen Ängsten bei deutlicher neurotischer Persönlichkeitsstörung. Der Versicherte zeige psychiatrisch eine Mischung zwischen Symptomen aus dem Formenkreis der Zwangsstörung und der Angststörung, eher sekundär aus dem depressiven Formenkreis. Im Vordergrund stünden Beschmutzungsängste, Waschzwänge und diverse zwanghafte Traumphantasien, verbunden mit Spinnen-, Mäuse- und Schlangenphobien, die allerdings nicht psychotisch seien. Der Versicherte zeige allerdings wenig Therapiecompliance. Venlafaxin nehme er überhaupt nicht ein. Das angebliche Stimmenhören habe auch unter Olanzapin keine Besserung erfahren. Er nehme das Medikament aber ebenfalls nicht regelmässig ein. Der Versicherte zeige gesicherte neurotische Persönlichkeitszüge, sei etwas "selbstunsicher" sowie deutlich erschwert team- und konfliktfähig. Gesamthaft könne allerdings aufgrund der Psychopathologie, der Klinik und des sozialen Funktionierens nicht nachvollzogen werden, weshalb er sich nirgends mehr, resp. nur noch in wenigen Bereichen, für arbeitsfähig halte. Dies könne mit der psychiatrischen Befunderhebung und der Klinik nicht erklärt werden. Es könne davon ausgegangen werden, dass andere psychosoziale und ivfremde Faktoren wie gewisse Integrationsschwierigkeiten mit eine Rolle spielen würden. So tue er sich schwer, als Chauffeur zu arbeiten, obwohl er gerne Auto fahre. Wahrscheinlich habe er den Druck der Chauffeurdiensttätigkeit nicht ausgehalten und sei zusätzlich in ein dysfunktionales Verhaltensmuster geraten, indem er zunehmend Zwänge entwickelt habe, im Zusammenhang mit Stresserfahrungen. Als Chauffeur sei der Versicherte noch vier Stunden täglich arbeitsfähig. Er könne auch bis sechs Stunden täglich eingesetzt werden, sein Rendement dürfe jedoch 50% kaum übersteigen. In einer angepassten Tätigkeit ohne Hektik und Stress sei der Versicherte zu 60% arbeitsfähig. 5.2.2 Nachdem die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 15. Oktober 2020 zunächst die Zusprache einer Viertelsrente in Aussicht gestellt hatte, forderte sie den Versicherten mit Schreiben vom 23. November 2020 im Rahmen der Schadenminderungspflicht auf, so rasch wie möglich eine kontinuierliche fachpsychiatrische verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlung aufzunehmen. Da der Versicherte dieser Auflage nicht nachgekommen war, lehnte die IV-Stelle den Leistungsanspruch mit rechtskräftiger Verfügung vom 2. Februar 2021 ab. 5.3.1 Im Zusammenhang mit der vorliegenden Neuanschuldung reichte der Versicherte einen Bericht der Psychiatrie vom 2. Februar 2022 ein. Darin wurde bestätigt, dass der Versicherte seit dem 20. Dezember 2022 (recte: 2021) in der Psychiatrie D.____ hospitalisiert sei. Der Patient sei aktuell per FU aufgrund einer sehr schweren Depression mit psychotischem Erleben eingewiesen worden. Es habe eine starke Suizidalität bestanden. Der Patient habe mit Sterbefasten versucht, sich das Leben zu nehmen, was zu einem relevanten und bedrohlichen Gewichtsverlust geführt habe. Aktuell sei die Suizidalität in den Hintergrund getreten, es bestehe aber eine eindeutige Verschlechterung im Gegensatz zum Vorzustand mit stellenweise Anhedonie, schwerer Antriebsstörung, gedrückter Stimmung, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit, gestörtem Selbstwertgefühl, negativer Sicht auf die Zukunft, Schlafstörungen und einem Gefühl der Sinnlosigkeit bis hin zu Suizidgedanken. Der Patient habe zudem pathologisches Grübeln und Zwangsgedanken. Es bestünden neben der depressiven Symptomatik auch Zwänge und Ängste vor Verunreinigung. 5.3.2 In einem Abklärungsbericht vom 28. Juni 2022 hielt PD Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Rahmen der Beurteilung fest, dass er anlässlich der Untersuchung keine

psychotische Störung habe feststellen können. Die klassischen psychotischen Symptome im Rahmen einer schweren depressiven Episode, die also nicht bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode vorkommen würden, seien sogenannte synthyme beziehungsweise holothyme Wahnideen, explizit Verarmungs-, Versündigungs- und Erkrankungs-wahn. Diese Wahnideen habe der Patient in der hiesigen Untersuchung klar verneinen können. Häufig werde fälschlicherweise eine schwere depressive Episode diagnostiziert, wenn Patienten über halluzinatorische Phänomene berichten würden. Solche halluzinatorischen Phänomene würden in der allgemeinen Psychiatrie aber ubiquitär vorkommen, ganz explizit auch bei diversesten Belastungssituationen, und hätten in aller Regel mit einer psychotischen Grundstörung nichts zu tun. Da sie aber oftmals unrichtigerweise als psychotische Phänomene missinterpretiert würden, werde sodann fälschlicherweise geschlussfolgert, dass es sich bei der depressiven Störung um eine schwere depressive Episode handeln müsse. Auf diesem Weg würden schwere depressive Episoden deutlich zu häufig diagnostiziert. Sodann habe der Patient in der hiesigen Untersuchung klar jegliches Erleben von hypomanischen oder manischen Symptomformationen verneint, sodass eine schizoaffektive Störung ausgeschlossen werden könne, zumal die ursprüngliche Definition einer schizoaffektiven Störung immer eine Kombination einer schizophrenen Grundstörung und einer bipolaren affektiven Störung bedeute. Überdies sei hervorzuheben, dass der Patient im objektiven Psychostatus keinerlei Befunde gezeigt habe, die auf eine psychotische Störung hindeuten würden. Die Tagträume, die er offenbar seit 2014 erlebe, hätten keine psychotische Gestalt, sondern sie müssten als Ausdruck einer dissoziativen Phänomenologie verstanden werden. Nach einer ausführlichen Darlegung der innerpsychischen Struktur des Versicherten, hielt PD Dr. E. ____ zusammenfassend fest, dass von einer gewissen Strukturpathologie ausgegangen werde, im Rahmen welcher der Patient nicht auf sublimierte Abwehrmechanismen zurückgreifen könne, sodass er in Belastungs- und Konfliktsituationen unter anderem auf dissoziative Abwehrmechanismen zurückgreifen müsse, die sich bei ihm in Form von Tagträumen manifestieren würden. Eine eigentliche dissoziative Störung lasse sich aber aufgrund dieser Ausschliesslichkeit der dissoziativen Phänomenologie, die ausschliesslich in Form von Tagträumen auftrete, nicht aber den gesamten Alltag dominiere, nicht diagnostizieren. Die Strukturpathologie sei bei Fehlen weiterführender anamnestischer Angaben am ehesten als eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) einzustufen. Es sei nachzuvollziehen, dass der Patient im Rahmen dieser unsublimierten Bewältigungsmöglichkeiten eine depressive Symptomformation entwickelt habe, die gemäss den Befunden im objektiven Psychostatus zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt als eine leichte depressive Episode imponiere (ICD-10 F32.0). Falls anamnestisch bereits depressive Episoden vorgelegen hätten, sei diese gegenwärtig leichte depressive Episode einer rezidivierenden depressiven Störung zuzuordnen (ICD-10 F33.0). Ferner empfahl PD Dr. E. ____ Blutspiegelbestimmungen vorzunehmen, um ein grundsätzliches Bild der medikamentösen Compliance zu verschaffen. Die Hauptachse der psychiatrischen Behandlung sollte aber in der Psychotherapie liegen, mit Gewichtung auf einem sozialpsychiatrischen Fokus. Eine konkrete berufliche Tätigkeit stelle wohl die verlässlichste und beste Psychotherapie dar, um die dissoziativen Phänomene zu "binden", wodurch auch das subjektive affektive Leiden des Patienten gemindert werden könne.

5.3.3 Nach Eingang des Abschluss- und Verlaufsberichts der Psychiatrie D. ____ vom 7. Oktober 2022 (teilstationäre Behandlung vom 20. April 2022 bis 7. Oktober 2022, IV-act. 88), welcher als Diagnosen eine depressive Episode, mittelschwer ausgeprägt (ICD-10 F32.1),

Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1) und eine Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen und ängstlichvermeidenden Zügen auswies, empfahl der RAD mit Stellungnahme vom 14. Februar 2023, ein Gutachten bei Dr. B.____ einzuholen. 5.4.1 Im Gutachten von Dr. B.____ vom 28. Oktober 2023 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Zwangsgedanken und -handlungen (F42.2), eine spezifische Phobie (F40.2), eine sonstige gemischte Angststörung (F41.3), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert. Im Rahmen der Herleitung der Diagnosen führte der Gutachter im Wesentlichen aus, dass die ICD-10-Kriterien einer eigenständigen depressiven Episode gemäss F3 gegenwärtig nicht mehr erfüllt seien. Sie könnten auch aufgrund der Angaben in den Akten nach dem Ende der stationären Behandlung am 7. Februar 2022 und insbesondere aufgrund des Abklärungsberichts vom 28. Juni 2022 von PD Dr. E.____ nicht nachvollzogen und somit nicht bestätigt werden. Objektive psychopathologische Befunde seien spärlich und unspezifisch (der Versicherte spreche wenig von sich aus, die Konzentration sei vermindert, niedergestimmt, ängstlich, im Denken sei er eingeengt). Der Schweregrad würde nicht das notwendige Ausmass erreichen. Insbesondere die Eingangskriterien der Gruppe (1) seien objektiv nicht erfüllt. Es fehlten eine dauerhafte Hemmung der Psychomotorik, eine wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit und eine ausgeprägte soziale Inaktivität (die affektbedingt und nicht aufgrund akzentuierter Persönlichkeitszüge motiviert ist). Beim Versicherten bestünden auch keine der Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge, um eine langdauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Das vom Versicherten selbst und in den Akten beschriebene rezidivierende ängstlichdepressive Syndrom begründe allein keine depressive Episode gemäss ICD 10. Solche Syndrome seien Ausdruck seiner Überforderung bei sozialen Belastungen (bspw. Einsamkeit/fehlende Partnerschaft, finanzielle Sorgen, Wohnsituation) aufgrund der Persönlichkeitszüge (bspw. Verunsicherung, geringe Frustrationstoleranz, emotionale Instabilität). 5.4.2 Im Rahmen der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass in der angestammten Tätigkeit gemäss Gutachten von Dr. C.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50% ausgewiesen sei. In einer angepassten Tätigkeit (ohne Hektik und Stress) sei gemäss Gutachten von Dr. C.____ eine Arbeitsfähigkeit von 60% ausgewiesen. Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs könne für die Zeit vom 20. Dezember 2021 bis 7. Februar 2022 aufgrund einer kurzfristigen Verschlechterung des Gesundheitszustands mit vollstationärer Hospitalisation eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestätigt werden. Danach sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. C.____ vom 31. August 2020 abzustellen. 5.4.3 Am 24. November 2023 nahm Dr. F.____, RAD, zum Gutachten Stellung. Er kam zum Schluss, dass auf das vorliegende Gutachten abzustellen sei. Das Gutachten beruhe auf umfassendem Aktenstudium und eigener fachärztlicher Untersuchung. Aus medizinischer Sicht sei das Potenzial für die attestierte Arbeitsfähigkeit von 50% bzw. 60% vorhanden und teilweise realisiert. Invaliditätsfremde Faktoren oder ein erhöhtes subjektives Beeinträchtigungserleben könnten bei der vollständigen Realisierung interferieren. 6.1 In ihrer Verfügung vom 16. September 2024 gelangte die IV-Stelle zur Auffassung, dass nicht auf das Gutachten von Dr. B.____ abgestellt werden könne und das Leistungsbegehren daher abzuweisen sei. Gemäss BGE 141 V 281 liege regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhe. Vorliegend habe der Gutachter anlässlich der Untersuchung Hinweise auf Inkonsistenzen

festgestellt. Insofern sei aus psychiatrischer Sicht von einem Ausschlussgrund auszugehen. Darüber hinaus spreche auch die Gesamtbeurteilung der Indikatoren gegen eine invalidisierende Wirkung der psychiatrischen Diagnose. Namentlich könnten gemäss BGE 148 V 49 E. 6.2.2 nur schwere psychische Störungen invalidisierend sein. Gemäss den gutachterlichen Feststellungen würden jedoch überwiegend leicht ausgeprägte Beeinträchtigungen vorliegen, woraus ein insgesamt nur gering eingeschränktes psychisches Belastbarkeitsprofil resultiere. Weiter habe der Versicherte in der Behandlung kooperiert und mitgewirkt, was seinen Gesundheitszustand verbessert habe. Somit würden keine Hinweise für ein Therapieresistenz vorliegen. Der Auffassung der IV-Stelle kann – wie sogleich darzulegen sein wird – nicht gefolgt werden. 6.2 Zunächst ist entgegen dem Dafürhalten der IV-Stelle einzig mit dem Hinweis, wonach der Gutachter Inkonsistenzen festgestellt habe, keine Aggravation und damit kein Ausschlussgrund ausgewiesen. Nach der Praxis liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, die eindeutig über die blossе unbewusste Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgeht, ohne dass das betreffende Verhalten auf eine verselbstständigte psychische Erkrankung zurückzuführen wäre (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts vom 21. Februar 2024, 8C_653/2023, E. 2.4 und vom 7. Oktober 2019, 9C_371/2019, E. 5.1.2 mit weiteren Hinweisen). Lässt sich ein anlässlich der fachärztlichen Begutachtung erhobenes Verhalten auf Aggravation zurückführen, so kann eine diagnostische Zuordnung der festgestellten Symptomatik unterbleiben genauso wie eine indikatorengelietete Überprüfung des psychischen Leidens (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 3. Juni 2019, 8C_95/2019, E. 6.3.3 und vom 31. August 2018, 8C_728/2017, E. 3.2.2). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2 mit Hinweis auf Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2019, 8C_825/2019, E. 6.2; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2019, 9C_462/2019, E. 4.3.3). Vorliegend bejahte Dr. B.____ indessen, wie auch bereits Dr. C.____ im Vorgutachten vom 31. August 2020, eine Gesundheitsschädigung bzw. erhob verselbstständigte Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zwar ist der Beschwerdegegnerin dahingehend beizupflichten, dass sich mit Blick auf die Befunderhebung einzelne Anhaltspunkte zu einem aggravatorischen Verhalten hin ausmachen lassen. So hielt der Gutachter an einer Stelle des Gutachtens fest, dass aufgrund einer durchgeführten Testung Hinweise für eine Aggravation beständen. Diese Aussage relativierte er jedoch sogleich wieder, indem er festhielt, dass die 6 Prüfskalen zur Simulationstendenz innerhalb des Fragebogens HZI-K kein auffälliges Antwortverhalten gezeigt hätten und darüber hinaus auch die erhobenen dissoziativhistrionischen Aspekte zur Antwortverzerrung beitragen könnten. Damit wird zugleich auch eine krankheitsbedingte Ursache für das gezeigte auffällige Antwortverhalten in Betracht gezogen (vgl. Gutachten, S. 35). Der Gutachter diskutiert somit nicht abschliessend, ob die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens tatsächlich überschritten werden. Insgesamt kann aufgrund der Darlegungen von Dr. B.____ jedenfalls nicht auf eine eigentliche Simulation bzw. Aggravation geschlossen werden. 6.3.1 Ferner verweist die IV-Stelle bei ihrer Argumentation auf BGE 148 V 49. Gegenstand dieses Urteils war eine von Gutachtern

attestierter Arbeitsunfähigkeit von 50% aufgrund einer leichten bis mittelgradigen Depression. Das kantonale Gericht hatte gestützt auf die Indikatorenprüfung einen IVrelevanten Gesundheitsschaden verneint. Das Bundesgericht wies eine dagegen erhobene Beschwerde ab. In seiner Urteilsbegründung führte das Bundesgericht unter anderem aus, dass aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht letztlich nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend sei, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal sie in beruflicher Hinsicht unterschiedliche Folgen zeitige. Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiere aus einer Diagnose – mit oder ohne diagnoseinhärentem Bezug zum Schweregrad – allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen. Wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen beeinträchtigt sei, ergebe sich aus dem funktionellen Schweregrad einer Störung. Dieser bzw. die betreffende Kategorie ("funktioneller Schweregrad") überschneide sich dabei teilweise mit den fachärztlichen Angaben zur Diagnosestellung. Auch bei als schwer bezeichneten psychischen Leiden lasse sich daher nicht automatisch auf eine ausgeprägte funktionelle Einschränkung schliessen. Hingegen könne grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn sein. Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lasse sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Bestehe dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so sei insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssten gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden könne. Es sei Aufgabe der medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren würden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Würden die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren, bestehe für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinischpsychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweisen). 6.3.2 Hierbei ist zunächst anzumerken, dass der hiervor zitierte Entscheid in der Literatur viel Kritik erfahren hat (vgl. etwa Jörg Jeger, BGE 148 V 49: "Ist das Bundesgericht rückfällig geworden?", in: Jusletter 10. Oktober 2022; Iris Herzog-Zwitter / Jörg Jeger / Gerhard Ebner, Indikatorenrechtsprechung – quo vadis?, in: Zentrum für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht [Have Reas], 3/2023, S. 268 ff.). Der Entscheid wird namentlich auch von medizinischer Seite als bedenklicher Rückschritt bezeichnet. So wird argumentiert, dass er der in BGE 141 V 281 angelobten Ergebnisoffenheit der Prüfung des Einzelfalls widerspreche und vielmehr an den Leitentscheid BGE 130 V 352 zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erinnere (vgl. Jörg Jeger, BGE 148 V 49, a.a.O., Rz. 42, Iris Herzog-Zwitter / Jörg Jeger / Gerhard Ebner, a.a.O., S. 273). Die Schlussfolgerungen seien auch nicht kompatibel mit den medizinischen Erkenntnissen (vgl. zu den medizinischen Hintergründen ausführlich: Jörg Jeger, Probleme bei der Bewertung der «invaliditätsfremden Faktoren» in medizinischen Gutachten, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge [SZS], S. 167 ff.; Jörg Jeger, BGE 148 V 49, a.a.O., Rz. 45 ff.). Das Urteil legitimiere juristische "Parallelüberprüfungen" medizinischer Gutachten durch medizinisch nicht

geschultes Personal (Verwaltung und Gerichte). 6.3.3 Auch nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind juristische Parallelprüfungen rechtswidrig und unzulässig (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2025, 8C_520/2024, E. 3). Das Bundesgericht bestätigte zwar im Zuge der Anwendung von BGE 141 V 281 sowie BGE 143 V 409 und 418, dass nicht von einer unzulässigen juristischen Parallelüberprüfung auszugehen ist, wenn anhand der medizinischen Indikatorenprüfung die massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung eines stimmigen Gesamtbildes schlüssig abgehandelt werden und nachgewiesen wird, wo die ärztlichen Darlegungen nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimmen (BGE 145 V 361 E. 4.1.1 mit zahlreichen Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind vorliegend indessen nicht ansatzweise erfüllt. Die Beschwerdegegnerin spricht nicht nur der depressiven Störung, sondern auch den darüber hinaus erhobenen Diagnosen ohne nachvollziehbare Begründung die invalidisierende Wirkung ab. Dies stellt keine zulässige freie Beweiswürdigung dar und lässt sich auch nicht mit der – zu Recht kritisierten – Befugnis der rechtlichen Überprüfung der Folgenabschätzung durch die rechtsanwendende Behörde rechtfertigen. Gleichermassen verhält es sich in Bezug auf den Umstand, dass die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch ferner im Wesentlichen mit dem Hinweis auf die fehlende Therapieresistenz verneint. Letztlich weicht sie auch ohne rechtsgenügeliche Begründung von der Empfehlung ihres RAD ab, wonach auf das Gutachten von Dr. B.____ abzustellen sei (vgl. E. 6.4.3 hiervor). 6.3.4 Hinzu kommt, dass im Gutachten von Dr. B.____ eine umfassende und hinreichende Beurteilung nach Massgabe der – anamnestisch, aktuell und prognostisch – relevanten Indikatoren (Schweregrad: Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, Behandlungserfolg oder -resistenz, Komorbidität, Komplex der Persönlichkeit und sozialer Kontext; Konsistenz: Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen; BGE 141 V 281 E. 4.3 f.) fehlt. Die summarische Indikatorenprüfung durch den psychiatrischen Gutachter bildet keine ausreichende medizinische Beurteilungsgrundlage. Ins Gewicht fällt hierbei, dass der Gutachter an verschiedener Stelle auf die Ausführungen von Dr. C.____ im Gutachten vom 31. August 2020 verweist, ohne eine eigenständige Beurteilung der funktionellen Beeinträchtigungen vorzunehmen. Er sieht beim Versicherten sodann viele IVfremde soziokulturelle Faktoren als gegeben an, welche wesentlich im Vordergrund stehen würden. Er unterlässt es aber, diese mit Blick auf die funktionellen Einschränkungen zu gewichten. Gleichermassen verhält es sich – wie dargelegt (vgl. E. 6.2 hiervor) – in Bezug auf das auffällige Verhalten des Versicherten, welches er aus psychiatrischer Sicht nicht abschliessend einordnet. Vielmehr verweist er auch hinsichtlich der Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen auf die von Dr. C.____ im damaligen Zeitpunkt erhobenen Ergebnisse gemäss Mini-ICF-APP. Zum einen vermag die Würdigung des Gutachtens durch die Beschwerdegegnerin vorliegend die bundesrechtlich geforderte hinreichende Plausibilisierung der Folgenabschätzung durch die Gutachterperson nicht zu erbringen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2020, 8C_423/2019, E. 6.4; SVR 2020 IV Nr. 42 S. 148). Zum anderen fehlt es nach dem Gesagten in grundsätzlicher Hinsicht an einer rechtsgenügelichen medizinischen Beurteilungsgrundlage. 6.4 Zusammenfassend bleiben das Diagnosebild sowie insbesondere die daraus resultierenden funktionellen Einbussen mit Auswirkung auf das Leistungsvermögen unklar. Die Schlussfolgerungen zur Arbeits(un)fähigkeit ohne vertiefende strukturierte Prüfung der Einschränkung des funktionalen Leistungsvermögens im Gutachten von Dr. B.____ vermögen nicht zu überzeugen. Ferner fehlt es an Klarheit, inwieweit das Leiden von

psychosozialen und soziokulturellen Faktoren bestimmt bzw. die Leistungseinschränkung durch eine mögliche Aggravation oder eine ähnliche Erscheinung beeinflusst wird. Dies hat wohl auch die Beschwerdegegnerin erkannt, nachdem sie entgegen den Empfehlungen ihres RAD das Gutachten nicht als Beurteilungsgrundlage für einen möglichen Rentenanspruch heranziehen wollte. Unter diesen Umständen hätte sie demnach weitere Abklärungen vornehmen müssen. Indem die Beschwerdegegnerin ohne weitere Abklärungen auf eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit schloss, ist sie ihrer – aus dem Untersuchungsgrundsatz resultierenden – Pflicht zur richtigen und vollständigen Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts nur unzureichend nachgekommen. Die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren sind damit nicht ausreichend beweiskräftig. Der relevante medizinische Sachverhalt bedarf deshalb weiterer Abklärung.

E. 7

Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist demnach festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung vom 16. September 2024 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen ist. Diese hat den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens neu abklären zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer zusätzlichen medizinischen Abklärungen wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8.1 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 57 E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 215 E. 6.2, je mit Hinweisen).

8.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind.

8.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem obsiegenden Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung zulasten der IV-Stelle zuzusprechen. In der Honorarnote vom 15. Januar 2025 hat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers einen Aufwand von 14 Stunden und 10 Minuten geltend gemacht, der sich angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen zwar als hoch, aber gerade noch vertretbar erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind ferner auch die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 150.--. Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'691.67 (14 Stunden und 10 Minuten à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 150.-- sowie 8,1% Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

E. 9

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbstständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden 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 481 f. E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlichrechtlichen 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. Demgemäss wird e r k a n n t : ://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 16. September 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'691.67 (inkl. Auslagen und 8,1% Mehrwertsteuer) zu bezahlen

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