

# **BL\_GERICHTE 720 20 432 / 140 vom 2. Oktober 2014**

BL Gerichte, 2014-10-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_20\\_432\\_\\_\\_140](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_432___140)

FR: BL\_GERICHTE 720 20 432 / 140 du 2 octobre 2014

IT: BL\_GERICHTE 720 20 432 / 140 del 2 ottobre 2014

## **Regeste**

IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass 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 im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 6. Oktober 2020 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Oktober 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). 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 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person 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. 3.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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 dem im Rahmen der 5.

IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten 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 eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

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 insbesondere auch 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).

4.3 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, 122 V 157 E. 1c). 4.4 Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). 4.5 Das Bundesgericht hat mit BGE 143 V 418 entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses Verfahren definiert systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - im Regelfall erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 3.6). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektiverer 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). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

## **E. 5**

Zur Beurteilung des vorliegenden Falles liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

### **E. 5.1**

Der behandelnde Facharzt Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Arztbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 17. Juni 2017 eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F 33.11), eine neurotische Depression (ICD-10 F 34.1) sowie eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.6). Der Patient habe sich vor einem Jahr mit zunehmenden depressiven Episoden in seine Behandlung begeben. Die Symptomatik umfasse unter anderem eine bedrückte Stimmungslage, Konzentrationsstörungen, ein massiv reduziertes Selbsterleben, Dysphorie, rasche Ermüdbarkeit, Affektlabilität, Morgentiefs, Interessenverlust sowie sozialer Rückzug. Die Erkrankung habe sich seit dem Jahr 2016 verschlimmert. Eine deutliche Verschlechterung bestehe auch bei der ängstlichen Persönlichkeitsstörung. Diesbezüglich leide der Patient unter den Symptomen einer andauernden Anspannung und Besorgtheit sowie ausgeprägten sozialen Insuffizienzgefühlen. Er empfinde sich als unbeholfen und unattraktiv und zeige einen deutlich eingeschränkten Lebensstil, Angst vor zwischenmenschlichen Kontakten und grosse Sorge, kritisiert zu werden. Die Symptome der ängstlichen Persönlichkeitsstörung seien auch nach Abklingen der depressiven Episode deutlich nachweisbar. Die depressive Neurose sei mit den anderen Diagnosen verhängt. Seit März 2017 leide der Patient an einer anhaltenden mittelschweren bis schweren depressiven Episode.

### **E. 5.2**

Nach einem von der Beschwerdegegnerin in die Wege geleiteten Aufbautraining führte der zuständige Arbeitscoach des Vereins E.\_\_\_\_ mit Abschlussbericht vom 18. Mai 2018 aus, dass der Versicherte immer wieder über Schlafprobleme und eine bleierne Müdigkeit geklagt habe, sich diese Symptome aber nach dem Absetzen der Medikamente unter ärztlicher Aufsicht gebessert hätten. Gegen Ende der Massnahme hätte beobachtet werden können, dass der Versicherte erneut in eine traurige Phase verfiel. Er arbeite enorm perfektionistisch und strukturiert und überforderte sich dadurch schnell. Auch zeigte er immer wieder Tendenzen, Überzeit aufzubauen. Innerhalb des Teams sei er sehr beliebt gewesen. Am Ende der Massnahme habe der Versicherte ein stabiles Pensum von 80% mit 100%iger Leistungsfähigkeit aufbauen können.

### **E. 5.3**

Mit Arztbericht vom 8. Februar 2019 teilte Dr. D.\_\_\_\_ mit, dass sein Patient sich in stationärer Behandlung befinde. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei sehr schlecht, die Eingliederung müsse als gescheitert angesehen werden. Der Patient weise eine sehr geringe Belastungsfähigkeit und eine sehr geringe Stresstoleranz auf.

### **E. 5.4**

Die Ärzteschaft der Klinik F.\_\_\_\_ in G.\_\_\_\_ erstattete mit Schreiben vom 5. April 2019 Bericht über den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 24. Januar 2019 bis 12. März 2019. Sie diagnostizierte im Rahmen des Aufenthalts eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.1), Belastungen in Verbindung mit der beruflichen Situation (ICD-10 Z 56) sowie ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z 73.1). Beim Patienten habe sich eine massive Angst vor der Zukunft und auch vor einer beruflichen Wiedereingliederung aufgebaut, die letztlich auch während des Klinikaufenthalts nicht habe abgebaut werden können. Der Patient traue sich die berufliche Eingliederung nicht zu, weshalb auch die Prognose eher negativ sei. Es hätten sich beim Patienten immer wieder ein auffälliges Gedankenabreissen sowie längere

Antwortlatenzen gezeigt, welche die Berufstätigkeit massiv beeinträchtigen könnten. Diesbezüglich würden weitere Abklärungen empfohlen. Bei Austritt habe die Arbeitsfähigkeit 70% betragen.

### **E. 5.5**

Am 12. Juni 2019 wurde in der Klinik H.\_\_\_\_ des I.\_\_\_\_-Spitals eine neuropsychologische Untersuchung des Versicherten vorgenommen. Mit Bericht vom 22. Juli 2019 wurden im Anschluss folgende Diagnosen gestellt: (1) eine leichte kognitive Störung sowie eine stark reduzierte kognitive Belastbarkeit, am ehesten im Rahmen der Diagnosen (2) und (3), möglicherweise verstärkt durch Diagnose (4); (2) eine rezidivierende depressive Störung, wobei aktuell die Kriterien nach ICD nicht erfüllt seien; (3) gemäss Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ eine ängstliche Persönlichkeitsstörung sowie (4) eigenanamnestisch ein leichtes zentrales Schlafapnoesyndrom. Der Patient arbeite bei der Untersuchung kooperativ und motiviert mit, so dass die Ergebnisse als valide betrachtet werden könnten. Es hätten sich bloss einzelne auffällige Parameter ergeben in den Bereichen freier verzögerter Abruf und Wiedererkennen im verbal-episodischen Gedächtnis, Arbeitstempo (visomotorische Aufgabe) sowie beim visuellen Arbeitsgedächtnis. Eigenanamnestisch würden sich aufgrund der Werte aus dem Fragebogen erlebter Defizite der Aufmerksamkeit (FEDA) Hinweise für eine erhebliche Aufmerksamkeitsstörung im Alltag ergeben. Bei der Interpretation der Befunde sei zu beachten, dass die schwer ausgeprägte Erschöpfung sich unter Alltagsbedingungen stärker auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken könne als dies unter den optimalen Rahmenbedingungen einer Testuntersuchung objektivierbar werde, mit entsprechenden Konsequenzen für die Arbeitsfähigkeit.

### **E. 5.6**

Die Beschwerdegegnerin gab im Rahmen der Sachverhaltsabklärung des vorliegenden Falles am 12. August 2019 eine psychiatrische Begutachtung in Auftrag. Mit Gutachten vom 15. November 2019 diagnostizierte der beauftragte Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F 33.4) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge, v.a. vermeidend (ICD-10 Z 73.1). Seit der stationären Behandlung Anfang des Jahres 2019 habe sich der Zustand des Exploranden markant verbessert. Die Kriterien für eine depressive Episode würden nicht mehr erfüllt: es liessen sich weder eine Anhedonie noch eine tiefe Traurigkeit nachweisen. Die depressive Störung sei deshalb gegenwärtig als remittiert zu diagnostizieren. Im Rahmen der Begutachtung habe der Explorand keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit oder Bewusstseinhelligkeit gezeigt. Müdigkeit oder Schläfrigkeit seien nicht zu beobachten gewesen, die Aufmerksamkeit und Konzentration habe für die Dauer des Gesprächs durchgehend aufrechterhalten werden können. Der formale Gedankengang sei zu Beginn und vereinzelt im Verlauf der Untersuchung stockend gewesen. Wenn der Explorand sich bei einzelnen Fragen unter Druck gefühlt habe, habe er innegehalten und angegeben, keinen klaren Gedanken fassen zu können. Nach einem kleinen Hinweis konnte der Gedanke aber ohne Mühe zu Ende geführt werden. Das Tempo sei ungestört gewesen. Inhaltlich sei der Explorand mässig auf die Symptome der Konzentrationsstörung und Müdigkeit eingeeengt gewesen. Es seien aber keine krankheitswertigen inhaltlichen Denkstörungen feststellbar. In der Grundstimmung habe der Explorand mehrheitlich ausgeglichen gewirkt, er sei schwingungsfähig und ein affektiver Rapport sei herstellbar gewesen. Eine Interessenlosigkeit oder ein Verlust des Freudeempfindens seien nicht nachweisbar gewesen. Der Antrieb habe ungestört gewirkt, subjektiv habe der Explorand aber

insbesondere am Morgen von einem deutlich reduzierten Antrieb berichtet. In Bezug auf die Persönlichkeit könne festgehalten werden, dass beim Explorand eine negative Emotionalität mit erhöhter Ängstlichkeit und Pessimismus vorherrsche. Er sei mehrheitlich introvertiert und wenig gesellig mit einer etwas unterdurchschnittlich ausgeprägten Offenheit für Erfahrungen. Er scheine um Anpassung bemüht und zeige eine recht hohe Gewissenhaftigkeit. Klinisch zeige sich ein überwiegend ängstlich-orientierter Persönlichkeitsstil. Im Rahmen der psychometrischen Zusatzuntersuchungen habe der Explorand beim Rey-15 Item Memory Test (RMT) ein unauffälliges Ergebnis gezeigt. Beim Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI) habe sich ein Antwortmuster ergeben, das für eine mangelnde Kooperation sprechen könnte. Eine Standardinterpretation der Daten würde vermutlich eine Beschreibung liefern, welche die gegenwärtige Verfassung des Exploranden nicht widerspiegeln würde. Auf eine weitergehende Interpretation des Testergebnisses werde deshalb verzichtet. Tiefgreifende und dauerhafte Abweichungen von den kulturell erwarteten Normen in den Bereichen Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen fänden sich nicht in einer Ausprägung, die daraus einen erheblichen Leidensdruck für den Exploranden oder seine Umgebung ersichtlich würde. Auch testpsychologisch (MMPI) habe das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden können. Diagnostisch sei deshalb von einer Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen. In der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiter bei einem Energieunternehmen ergebe sich aufgrund des reduzierten Durchhaltevermögens, der etwas reduzierten Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie dem erhöhten Pausenbedarf ab Mitte Juni 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 30%. Die gemäss Akten ab März 2017 attestierte Arbeitsunfähigkeit erscheine bis zu diesem Zeitpunkt als plausibel. In einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit mit gut strukturierten Arbeitsaufträgen, Arbeit in einem kleinen stabilen Team, mit geringen Anforderungen an die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, mit der Möglichkeit zu kürzeren selbstgewählten Pausen und ohne Termindruck lasse sich ab ca. Mitte Juni 2019 keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit mehr belegen, d.h. es bestehe in einer solchen Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Zu den abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Akten hielt der Gutachter fest, dass augenscheinlich die subjektiven Angaben des Patienten von den behandelnden Ärzten unkritisch übernommen worden seien. Im Rahmen der beruflichen Massnahmen seien geringere funktionelle Defizite festgestellt worden. Der psychopathologische Befund, der Krankheitsverlauf im Längsschnitt und das Aktivitätsniveau im Alltag würde eine aufgehobene oder stark eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht begründen können.

#### **E. 5.7**

Mit Schreiben vom 25. April 2020 nahm Dr. D. \_\_\_\_ zum Gutachten Dr. C. \_\_\_\_ vom 15. November 2019 Stellung und kritisierte es in verschiedener Hinsicht. Namentlich brachte er vor, dass betreffend die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht auf die Ergebnisse des MMPI-Tests abgestellt werden dürfe, nachdem ein auffälliges Antwortmuster festgestellt worden sei. Auffallend sei, dass lediglich diejenigen Diagnosen gestellt würden, die die Voraussetzungen für eine Berentung mindern würden. Die Diagnose einer remittierten depressiven Episode dürfe nicht gestellt werden, da der Versicherte unter einer voll ausdosierten antidepressiven Behandlung stehe. Die von der Klinik H. \_\_\_\_ festgestellte leichte kognitive Störung und stark reduzierte kognitive Belastbarkeit lasse keine Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt in der bisherigen Tätigkeit zu. Das

Verweisprofil einer dem Leiden angepassten Arbeitstätigkeit entspreche einem geschützten Arbeitsplatz und sei im ersten Arbeitsmarkt unrealistisch.

### **E. 5.8**

Am 12. Juni 2020 empfahl Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ abzustellen, da es trotz der bestehenden Kritikpunkte die Anforderungen erfülle und die gesundheitliche Entwicklung einschliesslich der bestehenden Einschränkungen hinreichend abbilde. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vollumfänglich auf das eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. November 2019. Sie ging demzufolge davon aus, dass beim Beschwerdeführer vom März 2017 bis Juli 2018 sowohl in der angestammten als auch einer leidensangepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit vorlag. Für den Zeitraum vom August 2018 bis 16. Januar 2019 habe eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestanden. Vom 17. Januar 2019 bis 12. März 2019 sei der Versicherte nicht arbeitsfähig gewesen, anschliessend habe sich die Arbeitsfähigkeit in der Zeit vom 13. März 2019 bis Ende Mai 2019 auf 30% erhöht. Ab Juni 2019 sei er in der angestammten Tätigkeit zu 70% arbeitsfähig; in einer angepassten Tätigkeit mit gut strukturierten Arbeitsaufträgen, in einem kleinen stabilen Team, mit geringen Anforderungen an die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, mit der Möglichkeit zu kürzeren, selbst gewählten Pausen und ohne Termindruck bestehe ab diesem Zeitpunkt eine volle Arbeitsfähigkeit. 6.2 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.4 hiervor), 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. Das vorliegend umstrittene Gutachten Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. November 2019 weist keine formalen Mängel auf und beruht auf einer eingehenden Untersuchung des Beschwerdeführers sowie detaillierter Aktenkenntnis. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers setzt sich der Gutachter auch mit den abweichenden medizinischen Einschätzungen in den Akten hinreichend auseinander. 6.3 Tatsächlich finden sich inhaltlich im Gutachten jedoch augenscheinlich Mängel und Widersprüche. So hätte - wie dies beide Parteien anerkennen - das Ergebnis der MMPI-Testung in der Beurteilung nicht verwertet werden dürfen, da das Antwortverhalten des Beschwerdeführers diesbezüglich auffällig gewesen ist. Indessen beruht die diagnostische Verneinung des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung durch Dr. C.\_\_\_\_ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht bloss auf dem Ergebnis dieses Tests. Vielmehr beruft er sich dabei auch auf seine eigenen Beobachtungen, der Befragung des Beschwerdeführers sowie auf die Einschätzungen in den Akten, namentlich durch die Ärzteschaft der Klinik Schützen, sowie den Beobachtungen im Rahmen der beruflichen Massnahme. Die diagnostische Einordnung des ängstlich-vermeidenden Verhaltens des Beschwerdeführers erscheint damit als nachvollziehbar und schlüssig, zumal der behandelnde Psychiater die von ihm gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bloss ungenügend zu begründen vermag. Die Kritik des Beschwerdeführers respektive seines behandelnden Psychiaters betreffend die Diagnose der remittierten depressiven Störung geht ebenfalls fehl. Die Frage, ob formell-psychiatrisch eine depressive Störung als remittiert angesehen werden kann, obschon der Patient mit einer therapeutischen Dosis von Antidepressiva behandelt wird,

kann innerhalb des zulässigen und zu respektierenden Spielraums der medizinischen-psychiatrischen Interpretationen offengelassen werden. Vorliegend haben indes sowohl der Gutachter wie auch die Ärzteschaft der Klinik H.\_\_\_\_ festgestellt, dass die Diagnosekriterien für eine akute depressive Episode nicht (mehr) gegeben seien und damit den aktuellen Gesundheitszustand wiedergeben. Dies ist - ebenso wie die entsprechende Annahme einer Verbesserung des Gesundheitszustandes - nicht zu beanstanden. Augenscheinliche Widersprüche in der gutachterlichen Beurteilung finden sich indessen bei der Beurteilung der neuropsychologischen Beeinträchtigungen. Entgegen der Beurteilung durch die Klinik H.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2019 und trotz verschiedener entsprechender Beobachtungen anlässlich der Begutachtung (stockender Gedankengang des Beschwerdeführers, Hilfestellung durch den Gutachter bei der Prüfung der Konzentration) scheint Dr. C.\_\_\_\_ das Vorliegen einer neuropsychologischen Einschränkung ohne nähere Begründung zu verneinen. Vielmehr beschränkt er sich darauf, festzustellen, dass der Ursprung der kognitiven Einschränkungen nicht habe geklärt werden können. Auch auf die Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Müdigkeit und zu seinem Tagesablauf scheint der Gutachter nur ungenügend einzugehen und seine Schlussfolgerungen wirken entsprechend unbegründet. Diesbezüglich vermag das Gutachten vom 15. November 2019 nicht vollends zu überzeugen. Als massgebend erweist sich indessen das Ergebnis des Gutachtens, namentlich die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und die Definition des leidensangepassten Tätigkeitsprofils. In gewisser Weise entgegen seinen eigenen Ausführungen erkennt der Gutachter hier Einschränkungen des Beschwerdeführers bezüglich Arbeitsstrukturierung, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, sozialen Anforderungen, Termindruck sowie Pausenbedarf. Damit berücksichtigt er sowohl die attestierten persönlichkeitsbezogenen Aspekte als auch die kognitiven Einschränkungen und die Erschöpfbarkeit des Beschwerdeführers. Die umschriebene Arbeitsfähigkeit erscheint damit - trotz missverständlich und augenscheinlich widersprüchlich formuliertem Gutachten - als schlüssig und wird dem Versicherten gerecht. Damit vermag das Gutachten im Ergebnis zu überzeugen. Da es die übrigen beweisrechtlichen Anforderungen ebenfalls erfüllt (vgl. E. 6.2 hiervor), durfte die Beschwerdegegnerin darauf abstellen. 7.1 Zu prüfen bleibt die Bemessung der Invalidität. Wie eingangs ausgeführt (vgl. E. 3.4 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Art. 16 ATSG). Dabei ist in zeitlicher Hinsicht auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174), welcher unbestritten auf den 1. März 2018 zu liegen kommt. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 6. Oktober 2020 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Für das Valideneinkommen hat sie dabei auf das vom Beschwerdeführer zuletzt erzielte Einkommen als Sachbearbeiter abgestellt, wobei sie richtigerweise eine Hochrechnung des Einkommens auf ein 100%-Pensum vorgenommen hat, da der Beschwerdeführer sein Arbeitspensum nach seinem Burnout im Jahr 2012 krankheitsbedingt auf 80% reduziert hat. Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin anhand der Tabelle T17 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2016, Bürokräfte und verwandte Berufe, Spalte Männer, ermittelt. Der Beschwerdeführer beanstandet - zu Recht - weder das ermittelte Valideneinkommen noch den ermittelten Grundwert für das Invalideneinkommen. Hingegen sei beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 25% vorzunehmen. 7.2 Praxisgemäss kann von dem anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) ermittelten

Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 78 f. E. 5a). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 134 V 327 f. E. 5.2, 126 V 79 f. E. 5b/aa-cc). Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten abstützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näherliegend erscheinen lassen (BGE 126 V 81 E. 6 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3). 7.3 Solche Gegebenheiten sind vorliegend nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer auch nicht substantiiert vorgebracht. Die Beschwerdegegnerin bringt zutreffend vor, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits im leidensangepassten Tätigkeitsprofil berücksichtigt seien. Da die weiteren in Frage kommenden Merkmale Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad im vorliegenden Fall gleichsam keine negative Auswirkung auf die Lohnhöhe haben, ist der Entscheid der IV-Stelle, keinen leidensbedingten Abzug vorzunehmen, nicht zu beanstanden. 7.4 Setzt man im Einkommensvergleich die so korrekt ermittelten Invalideneinkommen dem Valideneinkommen von Fr 96'850.-- gegenüber, resultiert für den Zeitraum vom 23. März 2018 bis 31. Juli 2018 ein Invaliditätsgrad von 100%, für die Zeit vom 1. August 2018 bis 16. Januar 2019 ein solcher von 62%, für die Zeit vom 17. Januar 2019 bis 12. März 2019 ein Invaliditätsgrad von 100%, für die Zeit vom 13. März 2019 bis 14. Juni 2019 ein solcher von 77% und für die Zeit ab 15. Juni 2019 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 25%. Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. März 2018 bis 31. August 2018 eine ganze Rente, für die Zeit vom 1. Februar 2019 bis 31. März 2019 eine Dreiviertelsrente sowie für die Zeit vom 1. April 2019 bis 30. September 2019 erneut eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen.

## **E. 8**

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers korrekt ermittelt und namentlich für die Zeit ab 1. Oktober 2019 einen solchen zu Recht verneint hat. Die Beschwerde ist nach dem Ausgeführten abzuweisen.

## **E. 9**

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 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 der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung zuzusprechen. Demgemäss wird erkannt: ///: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Gegen diesen Entscheid hat der Beschwerdeführer am 15. September 2021 Beschwerde ans Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen, erhoben (siehe nach Vorliegen des Urteils des Bundesgerichts: Verfahrensnummer 9C\_494/2021).

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