



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. April 2019 (720 18 350 / 85)

Invalidenversicherung

Würdigung der medizinischen Unterlagen

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götzi, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin i.V. Evelyne Frey

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer

gegen

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

_____ Betreff IV-Rente

A. Der 1967 geborene A.____ war bis Ende August 2018 bei der B.____ AG als Produktionsleiter in einem 100%-igen Pensum angestellt. Ab dem 7. März 2016 war er zu 100% arbeitsunfähig. Im August und September 2016 verbrachte er einen stationären Aufenthalt in der Psychiatrie C.____. Danach meldete er sich am 14. September 2016 (Eingang) unter Hinweis auf eine starke Depression und Panikattacken bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Nach erfolglosem Arbeitstraining wurde ihm ein Aufbautraining bei der D.____ in E.____ zugesprochen. Infolge zunehmender Erschöpfung brach er das Aufbautraining ab und die IV-Stelle verfügte am 18. Mai 2017 die Einstellung der beruflichen Massnahmen.

men. Aufgrund des verschlechterten Gesundheitszustandes trat A.____ am 12. Juni 2017 eine weitere stationäre Therapie in der F.____ in G.____ an, welche er nach einer Woche wegen einer akuten Appendizitis verliess. Von Ende August bis Mitte Oktober 2017 unterzog er sich dann im Rahmen eines zweiten stationären Aufenthalts in der Psychiatrie C.____ einer Behandlung. Die IV-Stelle prüfte nach Abbruch der Eingliederungsmassnahmen unter Vornahme medizinischer Abklärungen einen Rentenanspruch. Am 12. Juni 2018 verfasste Dr. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hierfür ein medizinisches Gutachten. Mit Verfügung vom 25. September 2018 lehnte die IV-Stelle nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens einen Rentenanspruch unter Hinweis auf einen 27%-igen Invaliditätsgrad ab.

B. Gegen die Verfügung vom 25. September 2018 erhob A.____ am 22. Oktober 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 25. September 2018 und die Zusprechung einer – zumindest vorübergehenden – Invalidenrente. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass er trotz medizinischer Behandlung vollumfänglich arbeitsunfähig sei und verwies zur Bestätigung seiner Begründung auf den beigelegten ärztlichen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Oktober 2018.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 29. November 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Die Vernehmlassung beruht auf der beigelegten Stellungnahme von Dr. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), vom 12. November 2018.

D. Mit Eingabe vom 12. Dezember 2018 reichten Dr. K.____, Direktor Erwachsenenpsychiatrie, Dr. L.____, Stv. Oberärztin und Frau M.____, Psychologin, von der Psychiatrie C.____ eine ergänzende Stellungnahme mit der Bitte ein, A.____ eine zeitlich befristete 100%-ige Berentung zuzusprechen.

E. Mit Duplik vom 15. Januar 2018 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Abweisungsantrag fest und legte eine weitere RAD-Stellungnahme von Dr. J.____ vom 10. Januar 2018 bei.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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

handlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte – Beschwerde vom 22. Oktober 2018 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). Sämtliche Vorbringen, welche sich auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dieser Zeit beziehen, sind im vorliegenden Fall daher nicht zu berücksichtigen.

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 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).

3.3 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 ff. 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 Beurteilungs-

grundlage 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).

3.4 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.

3.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

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 99 E. 4 f. 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 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. 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 353 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 damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

6. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles liegen die folgenden medizinischen Unterlagen vor:

6.1 Nach dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 3. März 2016 erstellte Dr. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 11. April 2016 eine psychiatrische Kurzbeurteilung zuhanden des zuständigen Krankentaggeldversicherers O.____. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) mit Somatisierungstendenz fest. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsleiter bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit. Unter Fortsetzung der etablierten Behandlung sei zu erwarten, dass innerhalb von 4-6 Wochen eine Teilarbeitsfähigkeit und innerhalb von 7-9 Wochen die volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen sei, wobei der Wiedereinstieg gestuft erfolgen solle. Zur Entwicklung einer krankheitswerten depressiven Symptomatik beigetragen habe die Beanspruchung durch die Pflege des erkrankten Vaters sowie dessen Tod.

Am 20. Juni 2016 erstellte Dr. N.____ eine weitere Stellungnahme nach der erfolgten Kündigung auf Ende August 2016. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nahm er Restsymptome einer mittelgradig depressiven Episode (ICD-10: F32.1), ohne Suizidalität, an. In der Zwischenzeit sei es zu einer deutlichen Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen, was zu einer schrittweisen Normalisierung von Verhalten und Persönlichkeit beim Versicherten führe. Ab August 2016 könne in Bezug auf die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50% realisiert werden, ab September eine Arbeitsfähigkeit von 75% und ab Mitte September eine volle Arbeitsfähigkeit. Für überwiegend manuelle Tätigkeiten ohne Führungsaufgaben bestehe derzeit eine Arbeitsfähigkeit von 50%, ab Mitte Juli 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit.

6.2 Im Austrittsbericht der Psychiatrie C.____ vom 31. Oktober 2016 wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) mit Suizidalität diagnostiziert. Der Patient sei in deutlich besserem Zustand aus der Klinik ausgetreten. Bei Austritt habe er nach wie vor intermittierend an Stimmungstiefs gelitten, jedoch deutlich im Zusammenhang mit Situationen, in welchen er sich unter Druck gesetzt gefühlt habe. Es gelinge ihm inzwischen zunehmend, diese Stimmungseinbrüche weitgehend selbständig zu regulieren und den Druck von aussen, aber auch seine eigenen, teils festgefahrenen Vorstellungen als mögliche Auslöser zu anerkennen.

6.3 Nach dem Bericht „Massnahme in der Institution vom 11. April 2017“ der D.____ habe sich der Versicherte während des Arbeitstrainings sehr freundlich, zuvorkommend und anständig gezeigt. Er habe beispielhaft Verbindlichkeiten eingehalten, keine Absenzen verzeichnet und sei immer pünktlich zur Arbeit erschienen. Die geplante Steigerung von 50 auf 60% habe nicht durchgeführt werden können, weil sie den Versicherten stark belastet habe. Nachdem er sich vermehrt über Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, kreisende Gedanken und Ängste geäussert habe, habe er seine Arbeitszeit auf ein 36%-Pensum reduziert. Seither habe er einen gelösteren, aufgestellteren und lebendigeren Eindruck gemacht. Durch die niederschweligen Anforderungen verspüre er weniger Druck. Zurzeit sei keine Vermittelbarkeit in den ersten Arbeitsmarkt gegeben. Sinnvoll wäre momentan eine Integrationsmassnahme.

Gemäss Abschlussbericht der Eingliederungsmassnahmen vom 11. Mai 2017 führe die Steigerung auf über vier Stunden zur Überforderung. Sowohl die Arbeitsvermittlung als auch das Aufbautraining hätten aufgrund zunehmender Symptombelastung abgebrochen werden müssen. Als Fazit wurde festgehalten, dass kein Eingliederungspotenzial vorliege. Der Versicherte sei zurzeit nicht massnahmefähig und es werde ein Klinikaufenthalt geplant.

6.4 Im Schreiben vom 6. Mai 2017 zuhanden der IV-Stelle legte der behandelnde Psychiater Dr. I.____ dar, der Patient leide an wiederkehrenden depressiven Verstimmungen, die von Gefühlen der Überforderung, einer immanenten Angst zu versagen sowie an ihn gestellten Anforderungen nicht zu genügen, ausgelöst würden. Vor dem Hintergrund seiner immer noch bestimmenden Leistungserwartung sei er nicht in der Lage, eine von ihm erwartete Aufgabenerfüllung zu begrenzen und sei in einer derartigen Situation in der Gefahr, in eine schwere depressive Auslenkung zu geraten, die er dann nur schwer kontrollieren könne und die schlussendlich immer auch mit Suizidalität einhergehe. Er verfüge derzeit über keinerlei verwertbare Arbeitsfähigkeit. Dies gelte auch hinsichtlich einer Arbeitstätigkeit im geschützten Rahmen.

6.5 Im Austrittsbericht der F.____ vom 21. Juli 2017, wo sich der Beschwerdeführer kurz nach Abbruch des Aufbautrainings bei der D.____ während einer Woche aufhielt, wurden als Diagnosen eine mittelgradige, depressive Episode (F32.1), kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen mit selbstunsicheren, abhängigen und narzisstischen Zügen (F61), die Ausbildung eines Erschöpfungssyndroms (Z73), Probleme mit Bezug auf Berufstätigkeit (Z56) sowie eine Benigne essentielle Hypertonie (I10.0) aufgezählt.

6.6 In der psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 6. November 2017 hielt Dr. N.____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte depressive Episode, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Ausprägung (DD rezidivierende depressive Störung) (ICD-10: F32.1 bzw. F32.0) fest. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1). Mittlerweile bestehe eine deutliche Chronifizierung, weshalb die Prognose ungewiss sei. In der bisherigen Tätigkeit als Produktionsleiter bestehe weiterhin keine Arbeitsfähigkeit. Für eine leidensangepasste Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von gegenwärtig ca. 30%. Als „dem Leiden angepasst“ bedeute im vorliegenden Fall klar strukturierte Aufgaben, geringe Anforderungen an Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Arbeit im kleinen Team, kein Publikumsverkehr. Im Rahmen einer Eingliederungsmassnahme könne eine schrittweise Steigerung um monatlich ca. 20% erwartet werden.

6.7 Im Rahmen des zweiten Austrittsberichts der Psychiatrie C.____ vom 10. November 2017 wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Störung (ICD-10: F33.2) sowie psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1) diagnostiziert. Ein grosses Thema während des Aufenthaltes sei Heimweh gewesen. Der Patient habe stark unter der räumlichen Trennung von seiner Ehefrau gelitten, was mitunter ein Grund für den Austritt gewesen sei.

6.8 In seinem Arztbericht vom 15. Dezember 2017 zuhanden der IV-Stelle betreffend Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente hielt Dr. I.____ als Diagnose mit Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit eine teilweise remittierte, mittelgradig ausgeprägte, ängstlich gefärbte depressive Episode (ICD-10: F32.11) vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, abhängigen und narzisstischen Zügen (ICD-10: F61.0) fest. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er den schädlichen Gebrauch von Alkohol, seit zwei Jahren abstinent (ICD-10: F10.202) und den St. n. Appendektomie vom 18. Juli 2017. Seit der Aufnahme der Behandlung weise der Patient bis auf weiteres keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf. Somatisch begründbare Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit weise er keine auf. Während eine Überforderung zu massiven Verspannungen, Körperschmerzen, Schwindelattacken und weiteren Effekten auf sein Herz-Kreislaufsystem sowie die Verdauungsorgane führe, fühle er sich in Ruhe ohne jegliche somatische Beschwerden. Im affektiven System bewirke eine derartige Überforderung jeweils eine massive, nicht zu bewältigende Überforderung, einhergehend mit Ängsten, Panikgefühlen, quälendem Gedankenkreisen und vernichtend erlebten Insuffizienzgefühlen, die sich rasch mit Suizidalität verbinden würden. Derzeit und wahrscheinlich noch während längerer Zeit sei dem Patienten keinerlei Arbeitstätigkeit zuzumuten, die in seinem Erleben mit einer Leistungserwartung verbunden sei. Denn diese könne er nicht begrenzen und folglich werde er mit einer hohen Wahrscheinlichkeit wieder in eine krisenhafte Zustandsverschlechterung geraten. Zur Frage, ab wann und in welchem Umfang mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne, könne derzeit keine sichere Aussage gemacht werden.

6.9 Dr. P.____, FMH Arbeitsmedizin, RAD, verfasste mit Bericht vom 24. April 2018 eine kurze Stellungnahme zu den drei soeben erwähnten Berichten (E. 6.6 - 6.8). Die durch Dr. N.____ festgestellte 30%-ige Arbeitsfähigkeit sei bei den durch Dr. N.____ gestellten Diagnosen und deren Schweregrad nicht nachvollziehbar. Die Arbeitsfähigkeit müsste höher sein. Auch die Diagnose von Dr. I.____ sei nicht nachvollziehbar, da der psychische Zustand erheblich geschwankt habe und die Depression nach den stationären Aufenthalten teilweise fast remittiert gewesen sei. Die Beschreibung der D.____, dass der Versicherte die Aufgaben während der Eingliederungsmassnahme mit Sorgfalt, pflichtbewusst und selbständig bearbeitet habe, spreche gegen das Vorliegen einer relevanten Depression zu diesem Zeitpunkt. Sie spreche auch nicht für eine Persönlichkeitsstörung. Dr. P.____ folgerte, dass keinerlei Hinweise auf somatische Störungen vorlägen. Denn die somatischen Beschwerden, welche im weiteren Verlauf der Eingliederungsmassnahmen aufgetreten seien, würden durch Dr. I.____ als psychosomatisch interpretiert. In Ruhe und ohne Stress würden sie nicht auftreten.

6.10 Am 12. Juli 2018 erstellte Dr. H.____ zu Händen der IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine depressive Störung, rezidivierend bei Belastungen, aktuell remittiert (ICD-10: F33.4) und akzentuierte dependente, unsichere, ev. zwanghafte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) fest. In der angestammten Tätigkeit als Produktionsleiter attestierte er eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit März 2016. Einer angepassten Tätigkeit könne der Explorand zum aktuellen Zeitpunkt, d.h. per Explorationsdatum am 29. Mai 2018, mindestens halbtags bei voller Leistung nachgehen, sofern die Arbeit vorgegeben sei, der Explorand keine Verantwortung übernehmen und nicht unter hohem Zeitdruck arbeiten müsse. Dr. H.____ nahm eine reduzierte Arbeitsfähigkeit an, da die Gefahr bestehe, dass der Explorand degressiv kompensieren könnte. Die Erfahrungen bei der Arbeitsab-

klärung zeigten, dass der Explorand in der Lage sei, eine Tätigkeit zu verrichten, wenn die Umgebungsfaktoren stimmten. Grundsätzlich sollte es dem Exploranden möglich sein, innerhalb eines halben Jahres die Leistungsfähigkeit zu steigern und wieder eine volle Leistung in einer adaptierten Tätigkeit zu erbringen. Innerhalb eines Jahres sollte ihm auch wieder die Tätigkeit als Schichtleiter möglich sein.

Zu den vorgängig erwähnten Berichten stellte Dr. H.____ fest, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nie begründet worden sei. Teilweise seien die Angaben sehr ungenau. Es werde zwar eine depressive Störung beschrieben, doch habe sich die affektive Problematik offensichtlich schnell gebessert. Auch vom behandelnden Psychiater Dr. I.____ werde auf Verstimmungen und in einem späteren Bericht auf eine nur teilweise remittierte depressive Episode hingewiesen. Dies deute darauf hin, dass der Explorand wechselhafte Zustände mit affektiven Verstimmungen erlebe. Bezüglich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bedürfe es eines dauerhaften unflexiblen Verhaltens, was zu wiederholten Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich führe. Derartige Probleme hätten allerdings nicht eruiert werden können und würden vom Exploranden auch verneint. Sie würden auch von Dr. I.____ nicht näher begründet.

Weiter stellte Dr. H.____ Hinweise auf deutliche Inkonsistenzen fest. In der Untersuchung habe er keine objektivierbaren Befunde gefunden, um die in den Unterlagen erwähnte schwergradig ausgeprägte Depression und die Persönlichkeitsstörung nachzuvollziehen. Insbesondere bestehe keine Beeinträchtigung des affektiven Zustandes und es gebe keine Hinweise auf eine akute Angststörung. Der Explorand habe lediglich gesagt, dass er sich tagsüber erhole und ausruhe und nachts unter Durchschlafstörungen leide. Insgesamt müsse die Schwere der Depression und der Persönlichkeitsstörung hinterfragt werden und sie decke sich nicht mit den Befunden. Auch die Angaben in den Unterlagen reichten nicht aus, um derartige Beeinträchtigungen begründen zu können.

6.11 Zum Gutachten vom 12. Juli 2018 äusserte sich Dr. P.____ in seiner Stellungnahme vom 17. Juli 2018. Er stellte fest, dass Dr. H.____ keine invalidisierenden psychiatrischen Diagnosen gestellt habe. Die depressiven Schwankungen bis zu einem mittleren Schweregrad seit März 2016 hätten sich gut behandeln lassen und seien zwischenzeitlich nach zwei stationären Behandlungen weitgehend remittiert. Es liege keine Therapieresistenz vor und auch derzeit sei die Depression remittiert. Die Standardindikatoren seien geprüft worden und sie seien nicht erfüllt. Aus diesen Gründen könne die von Dr. H.____ beurteilte Einschränkung von 50% auch in leidensangepasster Tätigkeit von der IV-Stelle nicht anerkannt werden. Nach Dr. H.____ könne der Versicherte zum aktuellen Zeitpunkt mindestens halbtags bei voller Leistung eine Tätigkeit ausüben. Dr. P.____ wies hierzu darauf hin, dass „mindestens“ möglicherweise auch „mehr“ heisse. Er führte weiter aus, dass Dr. H.____ die Einsatzfähigkeit mit einem nur 50%-igen Pensum mit der Gefahr begründe, dass die Depression zurückkehren könne. Diese Argumentation sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nachvollziehbar, bei welcher aufgrund der Führungsaufgaben des Versicherten besondere Belastungen bestanden hätten. Sie sei jedoch in Bezug auf Tätigkeiten ohne Führungsaufgaben nicht nachvollziehbar.

Zur Beschreibung der D.____ in Bezug auf die sorgfältige Arbeitsweise des Beschwerdeführers wiederholte Dr. P.____, auffällig sei bereits gewesen, dass der Versicherte bei seinem Arbeitstraining im Frühjahr 2017 die übertragenen Aufgaben mit Sorgfalt, pflichtbewusst, fundiert und selbständig bearbeitet habe. Er habe sich freundlich, zuvorkommend und anständig gezeigt, sei immer pünktlich erschienen und habe keine Absenzen verzeichnet. Diese Beschreibung der D.____ habe bereits zu jenem Zeitpunkt gegen das Vorliegen einer relevanten Depression und einer relevanten Persönlichkeitsstörung gesprochen. Dies sei nun durch das Gutachten von Dr. H.____ bestätigt worden. Im weiteren Verlauf habe sich der Versicherte dann mit körperlichen Schmerzen präsentiert und sich wieder vollständig krankschreiben lassen. Dr. I.____ interpretiere die somatischen Beschwerden als psychosomatisch, weil sie in Ruhe und ohne Stress nicht auftreten würden. Hinweise auf somatische Störungen würden nicht vorliegen.

Zusammenfassend könne lediglich für die letzte Tätigkeit als Produktionsleiter weiterhin eine dauerhafte Einschränkung von 50% angenommen werden, dies aus präventiven Gründen, weil eine erneute Stressbelastung durch Führungsaufgaben wahrscheinlich zu einem erneuten Aufblühen der Depression führen würde. An einer anderen Arbeitsstelle ohne Führungsverantwortung sei dies aber nicht zu erwarten, weshalb in Verweisarbeit seit Überwindung der Anpassungsstörung bei Klinikaustritt am 29. September 2016 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr anzunehmen sei.

6.12 Die nachfolgenden medizinischen Berichte (E. 6.12 – 6.15) sind im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingegangen. Dr. I.____ stellte mit Bericht vom 22. Oktober 2018 die Diagnose der rezidivierenden, derzeit – seit dem Tod seines Hundes vor etwas mehr als einer Woche – erneut wieder schwergradig ausgeprägten depressiven Störung fest. Diese bestehe vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, die mit zwanghaften, narzisstischen, abhängigen und emotional instabilen Anteilen einhergehe. Seit dem Tod des Vaters bzw. der Stellenkündigung seiner letzten Tätigkeit als Produktionsleiter im August 2016 sei der Patient in eine von Angst und Verunsicherung geleitete depressive Erkrankung geraten. Vor dem Hintergrund der zwanghaft anmutenden eigenen Leistungserwartung und gleichzeitig geringem Selbstwert habe diese bis heute nicht genügend stabilisiert werden können. Der Patient verfüge derzeit über keine sicher verwertbare Arbeitsfähigkeit. Bereits kleine Tätigkeiten würden ihn rasch überfordern. Gemäss Dr. I.____ würden die beiden Gutachter Dr. N.____ und Dr. H.____ die durch die Persönlichkeit des Patienten bedingten Schwächen in der Selbstwertregulation zu wenig gewichten. Daher würden die beiden Ärzte zur Auffassung kommen, dass die unter Stressbelastung auftretenden Angst- und Panikgefühle sowie die damit regelmässig einhergehende Verunsicherung des Patienten im Prinzip jeweils überwindbar sein müssten.

6.13 Dr. J.____ nahm am 12. November 2018 Stellung. Bezüglich der von Dr. I.____ geltend gemachten schwergradig ausgeprägten depressiven Störung würden keine psychopathologischen Befunde beschrieben, welche diesen Schweregrad belegen würden. Hinsichtlich der geltend gemachten emotional instabilen Persönlichkeitsstörung mit Anteilen würden die für die Diagnose erforderlichen Kardinalkriterien „schwer und dauerhaft gestörte Verhaltensweisen“ nicht beschrieben. Demnach sei weiterhin von der im Gutachten von Dr. H.____ beschriebenen

Diagnose der akzentuierten dependenten, unsicheren und zwanghaften Persönlichkeitszüge auszugehen.

6.14 Im Namen der Psychiatrie C.____ äusserten sich Dr. K.____, Dr. L.____ und Frau M.____ mit Stellungnahme vom 12. Dezember 2018 zur Ablehnung der IV-Berentung. Der Patient sei Ende Oktober 2018 aufgrund einer erneut schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome bei einer bekannten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F32.2) zum dritten Mal in die Psychiatrie C.____ eingetreten. Wie bei den vergangenen Aufenthalten sei nicht nur die Depression, sondern auch die Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren, abhängigen und narzisstischen Anteilen (ICD-10: Z73) im Vordergrund gestanden. Eine komplette Remission sei seit beiden Austritten aus der Psychiatrie C.____ fraglich. Beim derzeitigen stationären Aufenthalt seien nebst der depressiven Symptomatik (Verspannungs-)Schmerzen sowie Erschöpfung nach relativ geringer Belastung relevant. Im Zentrum stünden dabei die Themen Verlust und Versagen. Bei der depressiven Störung müsse aufgrund der nicht ausreichenden Remission seit dem ersten Aufenthalt 2016 von einer chronifizierten Depression ausgegangen werden, mit allen therapeutischen Konsequenzen. Als die Therapie erschwerend erachteten die behandelnden Ärzte die ausgeprägte narzisstische, selbstunsichere und abhängige Persönlichkeitsakzentuierung, welche ihres Erachtens nicht den Grad einer Persönlichkeitsstörung erreiche, jedoch durch das oben beschriebene selbstentwertende und gratifikationsorientierte Muster einen wesentlichen Anteil am prolongierten Krankheitsprozess habe.

6.15 Im Rahmen der Duplik verfasste Dr. J.____ am 10. Januar 2019 eine weitere Stellungnahme, worin er festhielt, dass sowohl die Depression als auch die Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren, abhängigen und narzisstischen Anteilen im Entscheid berücksichtigt und eine dauerhafte 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit sowie qualitative Einschränkungen attestiert worden seien. Zudem werde sowohl im Gutachten als auch in den RAD-Stellungnahmen davon ausgegangen, dass keine dauerhafte komplette Remission vorliege. Vielmehr sei dem Versicherten attestiert worden, dass die Depression bei Belastungen rezidiviere. Dr. J.____ wies aber auch auf die umfangreichen Ressourcen des Versicherten hin. Die vergangenen Lebensereignisse mit seelischer Reaktion wie der Tod des Vaters vor drei Jahren könnten nicht mit einem dauerhaften psychischen Gesundheitsschaden gleichgesetzt werden, zumal die beschriebene seelische Reaktion seither aktenkundig remittiert sei.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in ihrer Verfügung vom 25. September 2018 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insbesondere auf die RAD-Stellungnahme vom 17. Juli 2018 sowie auf das Gutachten von Dr. H.____ vom 11. Juli 2018. Ab dem 30. September 2016 ging sie von der vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit ohne Führungsaufgaben aus. Zur Begründung wies sie auf Inkonsistenzen hin und fügte an, die Indikatorenprüfung habe ergeben, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden bestehe. In Bezug auf die von ihr geltend gemachte 100%-ige Arbeitsfähigkeit stellte die IV-Stelle auf die Stellungnahme von Dr. P.____ vom 17. Juli 2018 ab und wich damit von der Beurteilung durch Dr. H.____ ab. Zu dessen fest-

gestellter 50%-igen Arbeitsunfähigkeit führte sie aus, dass diese nicht nachvollziehbar dargelegt worden sei.

7.2 Demgegenüber machen der Beschwerdeführer, Dr. I.____ sowie die Psychiatrie C.____ eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit geltend. Aufgrund des labilen Zustandes könne eine Wiedereingliederung nur erfolgen, wenn der Beschwerdeführer nicht noch zusätzlichem Druck von aussen ausgesetzt sei und finanzielle Unterstützung erhalte.

7.3 Einigkeit besteht zu Recht darüber, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf die angestammte Tätigkeit mit Führungsverantwortung 100% arbeitsunfähig ist. Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob es dem Beschwerdeführer zumutbar ist, einer angepassten Tätigkeit nachzugehen (vgl. E. 3.2 hiavor). Dabei ist entscheidend, ob die IV-Stelle für ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu Recht sowohl vom Gutachten von Dr. H.____ als auch von den Berichten von Dr. I.____ und von der Psychiatrie C.____ abwich und auf die Stellungnahme von Dr. P.____ abstellte.

7.4 Insgesamt ergibt das Gutachten von Dr. H.____ ein schlüssiges Bild über die gesundheitliche Verfassung des Beschwerdeführers. Es erfüllt die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine taugliche medizinische Beurteilungsgrundlage (vgl. E. 4.3 f. hiavor). Insbesondere ist die Herleitung seiner Diagnosen – eine depressive Störung, rezidivierend bei Belastungen, aktuell remittiert und akzentuierte Persönlichkeitszüge ohne Krankheitswert – als schlüssig zu beurteilen.

7.5.1 Auf die von Dr. H.____ gestellte Diagnose ist – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers – abzustellen. Die Krankheitsgeschichte zeigt auf, dass die Behandlung der zunächst schweren depressiven Störung positiv verlief und dass die Depression im Zeitpunkt der Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente remittiert war. Insgesamt wurde die Depression mehrheitlich als leicht bis mittelgradig eingestuft. Wiederholt wurde die Depression als rezidivierend bei Belastungen beschrieben. Die Verschlechterungen des Gesundheitszustandes beruhten jeweils auf äusseren Umständen, welche im Zusammenhang mit Verlustängsten oder mit äusserem Druck infolge erhöhter Arbeitsanforderungen standen. Gegen das Vorliegen einer schweren Depression sprechen neben der erwähnten Einstufung auch die sorgfältige und pflichtbewusste Arbeitsweise des Beschwerdeführers bei der D.____ sowie die guten Therapieverläufe nach rezidivierter Depression infolge von (vorübergehenden) Belastungen. Insgesamt erscheinen die Schlussfolgerungen, welche gegen das Vorliegen einer schweren Depression sprechen, als nachvollziehbar und schlüssig.

7.5.2 Mehrheitlich wird zudem von einer Persönlichkeitsakzentuierung bzw. von akzentuierten dependenten, unsicheren, ev. zwanghaften Persönlichkeitszügen gesprochen. Die Ärzte der Psychiatrie C.____ schrieben in ihrer Stellungnahme vom 12. Dezember 2018 ausdrücklich, dass die Persönlichkeitsakzentuierung die Schwere einer Persönlichkeitsstörung nicht erreiche. Diese Diagnose erscheint schlüssig und nachvollziehbar. Die Kardinalkriterien einer Persönlichkeitsstörung, nämlich ein dauerhaftes unangepasstes und unflexibles Verhalten mit der Folge von einem persönlichen Leidensdruck und/oder von wiederholten Schwierigkeiten im zwi-

schenmenschlichen und beruflichen Bereich, sind nicht erfüllt und werden auch in den Berichten von Dr. I.____ nicht dargelegt.

7.5.3 Somatische Störungen liegen keine vor. Den Berichten von Dr. I.____ ist zu entnehmen, dass die somatischen Beschwerden lediglich dann aufgetreten sind, wenn der Beschwerdeführer unter Druck gestanden sei, nicht jedoch wenn er sich in einem Zustand von Ruhe und ohne Stress befinde. Anderslautende medizinische Berichte oder Einwände liegen keine vor.

7.5.4 Deshalb liegt entsprechend der Beurteilung von Dr. H.____ als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine leichte bis mittelschwere Depression vor, welche nach erfolgreicher Therapie bis und mit dem Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. H.____ nicht mehr bestand. Daneben besteht eine Persönlichkeitsakzentuierung. Nicht gefolgt werden kann jedoch der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. H.____.

7.6.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Leiden nicht allein auf die ärztliche Diagnose und den Therapieverlauf abzustellen. Beizuziehen sind weitere Indikatoren, welche erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. E. 3.3 hiervor). Verlauf und Ausgang von Therapien verbleiben aber als wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend obliegt es dem medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nach BGE 141 V 281 nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. (BGE 143 V 418 E. 6).

7.6.2 Dr. H.____ begründete die verminderte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit lediglich mit der Gefahr, dass der Beschwerdeführer degressiv kompensiert und er aktuell noch vermindert belastbar sei. Wenn die Umgebungsfaktoren stimmen würden, sei der Beschwerdeführer in der Lage, eine Tätigkeit zu verrichten. Die Gefahr einer Dekompensation kann als solche jedoch keine andauernde Arbeitsunfähigkeit begründen. Insbesondere weil im vorliegenden Fall sämtlichen Berichten zu entnehmen ist, dass diese Gefahr nicht ununterbrochen, sondern (nur) bei Belastungen besteht. Zudem hat Dr. H.____ diese Gefahr im Rahmen der Beurteilung der angepassten Tätigkeit berücksichtigt und aus dem Zumutbarkeitsprofil ausgeklammert. Vor diesem Hintergrund ist die von ihm festgestellte 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit nicht nachvollziehbar begründet.

7.6.3 Auch mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen des Beschwerdeführers ist nicht nachvollziehbar, wie Dr. H.____ eine verminderte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit begründet. Zudem geht Dr. H.____ ebenfalls nicht von einer wesentlichen Beeinträchtigung des Tagesablaufs aus. Denn der Beschwerdeführer beschrieb hierzu, dass er teilweise eine Art Schwäche und ein Unlustgefühl verspüre. Dennoch gehe er täglich etwa eine Stunde spazieren

und widme sich regelmässig seinen vielzähligen Hobbies. Dazu gehören das Anfertigen von Airbrush-Bilder, seine Aktivitäten in einem Angelverein und die Mechanik, weshalb er alles Mögliche repariere. Zudem habe er in seinem Garten von der Grösse von etwa 1000 m² viel zu tun, wobei das gesamte Grundstück 8000 m² betrage, sowie helfe er im Haushalt und koche gerne. Daneben treffe er regelmässig seine ein bis zwei guten Kollegen. Im Rahmen der Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit gab der Beschwerdeführer an, dass er sich nach den bisherigen Erfahrungen allenfalls in der Lage fühle, leichtere Tätigkeiten, wie beispielsweise Rasenmähen, Unkraut zupfen und Büsche schneiden, zu verrichten. Er fühle sich aber nicht in der Lage, im Vollpensum einer ähnlichen Tätigkeit wie bisher nachzugehen.

Diese Beschreibungen entsprechen den ärztlichen Berichten und Diagnosen, wonach in Bezug auf die angestammte Tätigkeit aufgrund des Drucks in der Rolle einer Führungsperson eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, eine Arbeitsfähigkeit in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit, die klar strukturierte Aufgaben, keine Verantwortung, kein hoher Zeitdruck, geringe Anforderungen an Flexibilität, Arbeit in kleinem Team und kein Publikumsverkehr beinhaltet, hingegen bejaht wird.

7.7 Zusammengefasst besteht eine leichte bis mittelschwere Depression, welche bis zum massgeblichen Zeitpunkt der Beurteilung remittiert war. Die Depression und die affektiven Verstimmungen konnten während der stationären Aufenthalte (gut) behandelt werden. Die diagnostizierte Persönlichkeitsakzentuierung erscheint Therapie erschwerend, macht sie aber nicht unmöglich. Der Beschwerdeführer ist in Bezug auf seine angestammte Tätigkeit in der Funktion einer Führungsperson zu 100% arbeitsunfähig. Die festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen schränken den Beschwerdeführer aber in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit nicht ein. Eine angepasste Tätigkeit bedeutet hier eine Tätigkeit insbesondere mit klar strukturierten Aufgaben, ohne Zeitdruck und ohne Verantwortung. Vor diesem Hintergrund stellte die IV-Stelle zu Recht auf die Beurteilung von Dr. P. ____ bezüglich der 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer solchen angepassten Arbeit ab (vgl. dazu E.6.11).

8. Im Einkommensvergleich ging die IV-Stelle zu Recht von einem Valideneinkommen eines Produktionsleiters in der Höhe von Fr. 91'000.-- aus. Diesem stellte sie ein jährliches Einkommen aus angepasster Tätigkeit in der Höhe von Fr. 66'652.-- gegenüber. Als Grundlage hierfür bezog sie sich auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2014, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1. Es handelt sich hierbei um einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art, die keine Ausbildung voraussetzen, und wie sie der Beschwerdeführer entsprechend seiner dargelegten Ressourcen verrichten kann. Die Invalidität beträgt daher entsprechend dem korrekt erfolgten Einkommensvergleich 27%, weshalb die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint. Die Beschwerde ist aus diesem Grund abzuweisen.

9. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden,

in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb er die Verfahrenskosten zu tragen hat. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.

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 in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.

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