



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 5. September 2024 (720 24 18)

Invalidenversicherung

Strukturiertes Beweisverfahren bei psychischen Beschwerden

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Andreas Blattner, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz
Parteien	A. ____, Beschwerdeführer, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach 254, 4010 Basel gegen IV-Stelle Basel-Landschaft , Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Der 1971 geborene A.____ arbeitete als Hilfsgipser und Maler, als er am 19. November 2002 einen Unfall erlitt und sich am Rücken und am rechten Fuss verletzte. Aufgrund seiner Beschwerden bezog er von Januar 2004 bis Dezember 2006 eine befristete und ab September 2014 eine unbefristete ganze Invalidenrente. Anlässlich einer im Mai 2018 eingeleiteten Rentenrevision hob die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 25. Februar 2021 die

Invalidenrente per Ende März 2021 gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) vom 6. August 2019 sowie das polydisziplinäre Gutachten des Begutachtungszentrums BL (BEGAZ) vom 17. März 2020 auf. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 16. September 2021 ab.

Am 13. Januar 2023 meldete sich A.____ erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle klärte in der Folge die aktuellen gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab und verneinte mit Verfügung vom 8. Januar 2024 nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens einen Anspruch von A.____ auf eine Invalidenrente bei ermitteltem Invaliditätsgrad von 35 %.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, mit Eingabe vom 22. Januar 2024 Beschwerde ans Kantonsgericht. Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 8. Januar 2024 und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen. Gemäss den eingereichten Berichten der B.____ vom 3. April 2023, der C.____ vom 10. Mai 2022 und vom 17. Mai 2023 sowie des D.____ vom 28. Juni 2023 habe sich sein Gesundheitszustand seit der Aufhebung der Invalidenrente verschlechtert. Habe zum Zeitpunkt der Aufhebung noch eine leichte depressive Episode bestanden, stelle sich die aktuelle Lage mit einer mindestens mittelgradigen und teilweise schweren depressiven Episode mit stationärem Klinikaufenthalt sowie anschliessender teilstationärer Behandlung und regelmässiger ambulanter Therapie ganz anders dar. Dies habe die IV-Stelle ebenso wenig berücksichtigt wie den seit dem 1. Januar 2024 geltenden Pauschalabzug vom Tabellenlohn.

C. Mit Vernehmlassung vom 28. Februar 2024 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei in dem Sinne teilweise gutzuheissen, als der Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2024 Anspruch auf eine Rente in Höhe von 27.5 % (30 %) einer ganzen Invalidenrente habe. Eine dauerhafte und therapieresistente Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Form einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode liege nicht vor. Vorliegend handle es sich um eine vorübergehende, invaliditätsfremde psychische Reaktion auf die Rentenaufhebung, die gut behandelbar sei. Zu korrigieren sei die Verfügung vom 8. Januar 2024 jedoch in Bezug auf den Einkommensvergleich ab Januar 2024. Gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 der Verordnung der Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 seien vom statisch bestimmten Wert nach Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV 10 % abzuziehen. Somit sei der Pauschalabzug ab 1. Januar 2024 zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob es im vorliegenden Fall zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes gekommen sei. Die Revisionsvoraussetzungen von Art. 17 ATSG müssten für die Anwendung des Pauschalabzuges nicht erfüllt sein. Demnach resultiere aus den Vergleichseinkommen ab dem 1. Januar 2024 ein Invaliditätsgrad von 41.6 respektive gerundet 42 % und somit ein Anspruch auf eine Invalidenrente von 30 % einer ganzen Rente.

D. Der Beschwerdeführer, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, hielt mit Replik vom 22. März 2024 an seinen in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren fest. Namentlich seien gemäss den in der Beschwerde genannten Arztberichten nicht die Aufhebung der Invalidenrente, die bereits länger zurückliege, und die angespannte finanzielle Situation alleinige Ursachen für

die Gesundheitsverschlechterung. Ferner greife die Argumentation der IV-Stelle zu kurz, wenn sie allein aus der Dosierung von 25 mg Valdoxan (Wirkstoff Agomelatin) pro Tag schliesse, dass keine mittelgradige bis schwere Depression vorliege.

E. Mit Duplik vom 24. April 2024 hielt die IV-Stelle an ihrem Antrag und ihren Ausführungen fest. Sie betonte, dass bei einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode eine antidepressive Medikation im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung empfohlen werde. Die Dosierung von 25 mg Valdoxan pro Tag sei gemäss RAD-Arzt Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eher knapp für eine effektive Behandlung. Auch entspreche eine Konsultation pro Monat nicht einer intensiven Behandlung. Folglich könne nicht von einer therapieresistenten Erkrankung und einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 22. Januar 2024 ist demnach einzutreten.

2. Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2022 Anwendung. Vorliegend meldete sich der Versicherte im Januar 2023 erneut zum Leistungsbezug an. Demnach sind die neuen Bestimmungen anwendbar.

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 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt

(Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (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 (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). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. 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 (BGE 143 V 418 E. 7.1).

3.4 Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. 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 unter 50 % gelten spezifische prozentuale Anteile (Abs. 4).

3.5 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). Dabei handelt es sich um die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2).

4. Die Neuanschuldung wird – wie auch das Gesuch um Leistungsrevision – nur materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse

seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 3 IVV; BGE 130 V 71 E. 2.2). Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2); sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

5.1 Um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person beurteilen zu können, 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 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.2 Sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigengutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Demgegenüber kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zwar nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, praxisgemäss haben sie aber nicht dieselbe Beweiskraft wie ein gerichtliches oder ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenes Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.3, 135 V 465 E. 4.4 und 4.7).

6. Grundlage der rentenaufhebenden Verfügung vom 25. Februar 2021 bildeten das polydisziplinäre Gutachten des BEGAZ vom 17. März 2020 sowie das bidisziplinäre Gutachten der asim vom 6. August 2019, namentlich das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. F. _____. In der Konsensbeurteilung stellten die begutachtenden Fachpersonen des BEGAZ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom; (2) ein mittelschweres bis schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS); (3) einen Status nach depressiver Episode, aktuell mit Restsymptomatik im Sinne einer erhöhten Irritierbarkeit (ICD-10

32.4; DD: Dysthymie (ICD-10 F34.1); (4) periarthropathische Hüftbeschwerden rechts; (5) persistierende belastungsabhängige Fussbeschmerzen rechts und (6) periarthropathische Schulterbeschwerden beidseits fest. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beständen (1) ein leichtes bis mässiges Carpal-tunnelsyndrom links; (2) ein Sulcus ulnaris-Syndrom links; (3) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss Aktenlage; (4) eine Akrophobie (ICD-10 F40.2); (5) ein Status bei Vorderkantenabbruch LWK1 am 19. November 2002 mit konservativer Behandlung; (6) eine Genua vara und (7) Spreizfüsse. Aus pneumologischer Sicht könnten die Auswirkungen des Schlafapnoesyndroms auf die Leistungsfähigkeit ohne aktuelle Ermittlung eines Apnoe-Hypopnoe-Indexes (AHI) nicht hinreichend beurteilt werden. Ausgehend vom letzten pneumologischen Bericht vom 20. Dezember 2019 mit Bezifferung einer mittleren Sauerstoffsättigung von 93 % in der nächtlichen Oxymetrie unter CPAP (continuous positive airway pressure [kontinuierliche Atemwegsüberdruck]) bestehe aber nach wie vor ein relevantes OSAS. Aus neurologischer Sicht sei eine angepasste Tätigkeit auf körperlich leichte intermittierende Hebe- und Tragebelastungen limitiert. Zudem sollten Arbeiten mit repetitivem Bücken/Aufrichten und repetitiver Rotation des Rumpfs sowie in Körperzwangshaltungen vermieden werden. In einer diesen Kriterien angepassten Tätigkeit bestehe aus neurologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30 % bezogen auf ein 100%-Pensum. Rheumatologischerseits sei die Belastbarkeit des Achsenskeletts aufgrund der residuellen Pathologie in der Lendenwirbelsäule reduziert. Die Arbeitsfähigkeit liege bei 70 % für eine rückenadaptierte Tätigkeit mit Gewichtsbelastungen bis 10 kg, ohne wiederholtes Treppensteigen, ohne Steigen auf Leitern und Gerüsten, ohne Gehen oder Stehen über eine halbe Stunde sowie ohne repetitive Arbeiten über der Schulterhorizontalen beidseits. Insgesamt sei – wie bereits im neurologischen Gutachten von Dr. med. G.____ vom 18. Juli 2014 und im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. H.____ vom 21. Juli 2014 festgehalten – gesamthaft von einer Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht von 70 % auszugehen. In psychiatrischer Hinsicht sei im Vergleich zur Begutachtung bei der asim im Jahr 2019 von einem unveränderten Zustand auszugehen; Hinweise auf eine affektive Störung gebe es nicht. Die von Dr. F.____ im psychiatrischen Teilgutachten der asim vom 6. August 2019 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei aktuell zu bestätigen. Insgesamt liege die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit somit bei 70 %.

7.2.1 Mit der Neuanschuldung machte der Versicherte eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes geltend. Gemäss Austrittsbericht der C.____ vom 10. Mai 2022 war er vom 9. Februar 2022 bis zum 19. April 2022 in stationärer Behandlung. Der Versicherte habe infolge einer depressiven Dekompensation sowie starken Schmerzen im Rücken und in den Schultern seit März 2021 die Tagesklinik besucht. Nachdem sich seine gesundheitliche Situation aufgrund finanzieller und familiärer Sorgen zugespitzt habe, sei er zur stationären Behandlung in die Klinik eingetreten. Bei Eintritt sei er niedergestimmt, ängstlich-verzweifelt, sehr angespannt und dysphorisch gewesen. Nebst einer formalgedanklichen Verlangsamung, einer Antriebslosigkeit und einer Schlafstörung hätten Interessen- und Freudlosigkeit, wiederkehrende Sorgen, Somatisierungstendenzen und passive Suizidgedanken im Vordergrund gestanden. Diagnostisch sei von einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome auszugehen. Im Verlauf der Behandlung sei es zu einer sukzessiven Stabilisierung und einer Reduktion der depressiven Symptomatik gekommen. Eine Weiterbehandlung finde ambulant in der Tagesklinik statt.

7.2.2 In der B.____ fanden neuropsychologische Untersuchungen am 7. Februar 2023 und am 21. Februar 2023 sowie eine Diagnosekonferenz am 15. März 2023 statt. Als Diagnosen wurden im Bericht vom 3. April 2023 (1) eine mittelschwere kognitive Störung, am ehesten im Rahmen der Diagnosen 2 bis 5; (2) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode; (3) ein chronisches Schmerzsyndrom nach Arbeitsunfall 2002; (4) ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, seit ca. 6 Monaten keine CPAP-Therapie wegen Panikattacken sowie (5) "medikamenten-induziert: Targin und Quetiapin" gestellt. Im Rahmen der ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung liessen sich beim formalen Vergleich mit der zur Verfügung stehenden Normstichprobe testpsychologisch in praktisch allen erhobenen Teilbereichen Minderleistungen objektivieren bei relativ gut erhaltenen Gedächtnisfunktionen. Es gelte zu beachten, dass aufgrund des ausbildungs- und kulturbedingten Hintergrundes des Versicherten das tatsächliche Ausmass der Defizite überschätzt werden könnte. Insgesamt sei aber von einer mittelschweren kognitiven Störung auszugehen. Ätiologisch sei die Störung im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung einzuordnen mit aktuell schwerer depressiver Episode und chronischem Schmerzsyndrom. Eine MRT des Neurocraniums vom 7. März 2023 habe kein spezifisches Atrophiemuster und keine Ursache für die bestehenden kognitiven Defizite ergeben. Unter anderem wurde dringend eine Familienberatung sowie die Intensivierung der psychotherapeutischen Anbindung, gegebenenfalls mit stationärem Aufenthalt und Etablierung einer antidepressiven Therapie, empfohlen.

7.2.3 Am 17. Mai 2023 berichteten die behandelnden Fachpersonen der C.____ über den Verlauf. Der Versicherte sei seit dem 22. Oktober 2019 in ihrer Behandlung; gegenwärtig alle ein bis zwei Wochen. Bis auf Weiteres sei er 100 % arbeitsunfähig. Bei der letzten Konsultation am 28. April 2023 sei der Versicherte niedergeschlagen und müde gewesen. Er habe sich einerseits freundlich und kooperativ gezeigt, andererseits habe er die gestellten Fragen auffallend einsilbig beantwortet. Er sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Das Langzeitgedächtnis sei nicht beeinträchtigt. Die berichteten Konzentrationsstörungen hätten während der Behandlung objektiviert werden können. Seine Gedanken seien eingeengt auf seine Unfähigkeit, im Alltag zurechtzukommen, seine Krankheitsentwicklung und seine Schuldgefühle sowie seine Antriebslosigkeit. Er falle bei den Schilderungen durch eine psychomotorische Unruhe und eine emotionale Betroffenheit auf. Es lägen deutliche Insuffizienzgefühle vor sowie ein sozialer Rückzug, ferner Ein- und Durchschlafstörungen mit kreisenden Gedanken und Albträumen. Die Vitalgefühle, das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl seien gestört. Als Diagnosen stellten sie eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1) sowie akzentuierte abhängige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Die Krankheit scheine einen chronischen, therapieresistenten Verlauf zu zeigen. Trotz regelmässiger ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung, unterstützt durch Psychopharmaka, sei es zu keiner wesentlichen Verbesserung des psychischen Zustandes gekommen. In Bezug auf die Funktionseinschränkungen sei gemäss Mini-ICF zu bemerken, dass die Fähigkeit zur Strukturierung von Aufgaben sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt seien. Zudem seien die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Proaktivität und Spontanaktivität, die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit schwer beeinträchtigt. Als Ressourcen sei zu erwähnen, dass der Versicherte gern koche. Dem Versicherten sollte es möglich sein, in einem geschützten Rahmen einer Tätigkeit in einem Teilzeitpensum nachzugehen. Einer Eingliederung in den Arbeitsmarkt stehe entgegen, dass der Versicherte nicht genügend

belastbar und stark antriebsgehemmt sei und dass es ihm schwerfalle, sich von den Erwartungen anderer abzugrenzen, seinen Selbstwert zu regulieren und sich durchzusetzen. Zurzeit sei es ihm nicht möglich, einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nachzugehen.

7.2.4 Gemäss Bericht des D.____ vom 28. Juni 2023 fand die letzte Behandlung am 6. Dezember 2022 statt. Der Versicherte sei zwei bis drei Mal jährlich in Behandlung. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Ansatz tendinopathie der glutealen Muskulatur rechts (GTPS), eine Periarthropathia humeroscapularis tendinopatica beidseits, aktuell rechts betont sowie ein chronisches lumbovertebrales/spondylogenes Schmerzsyndrom genannt. Die Prognose sei ungünstig, da die Schmerzen chronifiziert seien. Es beständen wenig Ressourcen, um die muskuloskelettalen Probleme zu bewältigen. Dem Versicherten sei nur eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitives Heben von Lasten, ohne häufiges Treppensteigen und ohne häufiges Bücken im Rahmen von 60 – 80 % zumutbar.

7.2.5 Dr. med. I.____, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, äusserte sich im Bericht vom 14. Juni 2023 zum Gesundheitszustand des Versicherten. Die letzte Kontrolle im Rahmen der CPAP Therapie habe am 20. September 2021 stattgefunden. Die Konsultationen seien alle zwei Jahre. Als Diagnose nannte er ein mittel bis schweres obstruktives Schlafapnoe-syndrom. Gemäss letztem Daten-Download der Lungenliga beider Basel vom 3. Mai 2022 werde das CPAP in letzter Zeit wegen psychischer Probleme unregelmässig genutzt. In den Tagen der Nutzung sei die Unterdrückung der Schlafapnoe durch das CPAP aber erfolgreich.

7.2.6 RAD-Arzt Dr. E.____ nahm am 18. Juli 2023 zur Aktenlage Stellung. Daraus sei ersichtlich, dass beim Versicherten, nachdem "ihm die Invalidenrente definitiv abgesprochen worden sei", eine ausgeprägte depressive Episode aufgetreten sei. Ein negativer Rentenentscheid als Auslöser einer Gesundheitsverschlechterung sei versicherungsmedizinisch irrelevant. Namentlich ziehe ein solcher Entscheid keine dauerhafte und erhebliche psychische Gesundheitsverschlechterung nach sich. Wie dem Austrittsbericht der C.____ vom 10. Mai 2022 zu entnehmen sei, sei die beim Eintritt in die Klinik diagnostizierte schwere depressive Episode wirksam und zweckmässig behandelt worden, so dass schnell eine Besserung eingetreten sei. Zudem zeige der Vergleich der psychopathologischen Befunde bei Austritt aus der C.____ mit denjenigen von Dr. med. J.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 17. Februar 2020 für die BEGAZ erhobenen ein ähnliches Bild. Am Rande zu erwähnen sei, wie aus den Akten der Krankenkasse hervorgehe, dass die psychotherapeutischen Konsultationen etwa ein Mal pro Monat stattfänden, was nicht einer intensiven Behandlung entspreche. Die Behandlung mit 25 mg Agomelatin pro Tag stehe mit einer mittelgradigen depressiven Episode in einem gewissen Widerspruch, erst recht mit einer schweren. Die Dosierung von 25 mg pro Tag sei eher für knapp leichtgradige depressive Episoden adäquat, namentlich für eine "depressive Restsymptomatik mit erhöhter Irritierbarkeit". Genau diese Diagnose habe Dr. J.____ gestellt und eine Arbeitsfähigkeit von 80 % attestiert, sofern es sich um eine klar strukturierte, einfache Tätigkeit ohne Zeitdruck und ohne Übernahme von Verantwortung handle. Diese Einschätzung sei weiterhin gültig. In Bezug auf das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom und die rheumatologischen Befunde sei ebenfalls von einem gleichbleibenden Gesundheitszustand auszugehen. Somit sei für die Zeit der psychischen Krise in Folge der Rentenaufhebung und der stationären Behandlung vom 9. Februar 2022 bis 19. April 2022 von einer vorübergehenden vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Davor und danach sei

die Arbeitsfähigkeit wie im umfassenden polydisziplinären Gutachten der BEGAZ vom 17. März 2020 attestiert 70 %.

8. Unbestritten ist, dass die somatische Gesundheitssituation seit der letzten Überprüfung im Wesentlichen gleichgeblieben ist. Diesbezüglich kann auf die Berichte des D.____ vom 28. Juni 2023 und von Dr. I.____ vom 14. Juni 2023 verwiesen werden. Strittig ist hingegen, ob die Vorinstanz in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand zu Recht – abgesehen von der Krise im Februar 2022 – von einer stabilen Situation ausgehen durfte. Namentlich geht der RAD davon aus, dass es sich bei der Krisensituation, die eine stationäre Behandlung vom 9. Februar 2022 bis 19. April 2022 auslöste, um eine reaktive und vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes infolge der Rentenaufhebung gehandelt habe. Ferner deute die medikamentöse und therapeutische Behandlung auf eine lediglich leichte depressive Episode hin. Von einer therapieresistenten Erkrankung könne nicht gesprochen werden. Eine solche liege erst nach erfolgloser Behandlung mit hochwirksamen Antidepressiva vor. Aus dem Umstand, dass seit der geltend gemachten Verschlechterung weder eine Erhöhung der Medikation noch der Behandlungsfrequenz von den behandelnden Ärzten empfohlen worden sei, sei eine therapieresistente, dauerhafte Verschlechterung wie auch ein hoher Leidensdruck des Versicherten auszuschliessen.

9.1 An dieser Stelle ist die geltende Rechtsprechung in Bezug auf psychische Krankheitsbilder in Erinnerung zu rufen. Soweit die IV-Stelle im Ansatz die Erheblichkeit des depressiven Leidens im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn verneint, weil keine Therapieresistenz vorliegt, ist festzuhalten, dass diese Auffassung der früheren Rechtsprechung entsprach. Danach fielen depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent waren (BGE 143 V 409 E. 4.1, 140 V 193). Das Bundesgericht hinterfragte in BGE 143 V 409 sowie BGE 143 V 418 diese Rechtsprechung und kam in Rückbesinnung auf BGE 127 V 294 E. 4c zur Erkenntnis, dass die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegenstehe, weil die Behandelbarkeit, für sich allein betrachtet, nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung, so auch eines depressiven Leidens, aussage (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 127 V 294 E. 4c). Gemäss BGE 143 V 418 sind sämtliche psychischen Leiden nach BGE 143 V 409, namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen. 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). 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. In diesem Rahmen stellen Verlauf und Ausgang von Therapien wichtige Schweregradindikatoren dar. Das definitive Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführten Therapie weist auf eine negative Prognose hin. Wenn dagegen die erfolglos gebliebene Behandlung nicht (mehr) dem aktuellen Stand der Medizin entspricht oder im Einzelfall als ungeeignet erscheint,

so ist daraus für den Schweregrad der Störung nichts abzuleiten. Bei einem erst relativ kurze Zeit andauernden – somit noch kaum chronifizierten – Krankheitsgeschehen dürfen regelmässig noch therapeutische Optionen bestehen, eine Behandlungsresistenz also ausgeschlossen sein (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Letztlich ist es die Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz (leichter bis) mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Februar 2018, 9C_590/2017, E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

9.2 Ferner ist rechtsprechungsgemäss zu berücksichtigen, dass auch im Rahmen von BGE 141 V 281 der Grundsatz gilt, dass das Invalidenversicherungsrecht soziale Faktoren so weit ausklammert, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden hingegen auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1). Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert. Psychosoziale Belastungsfaktoren können jedoch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juni 2021, 9C_10/2021, E. 3.3.1).

10. Diesen, von der Rechtsprechung formulierten Grundsätzen schenkte die IV-Stelle respektive der RAD zu wenig Beachtung. Namentlich fehlt es an einem strukturiertem Beweisverfahren. In diagnostischer Hinsicht wurde seitens der C._____ im Februar 2022 eine schwere depressive Episode festgestellt. Der Zustand des Beschwerdeführers verbesserte sich zwar im Rahmen des stationären Aufenthaltes, eine Behandlungsbedürftigkeit wurde aber weiterhin bestätigt. Ein Jahr später im Mai 2023 stellten die behandelnden Fachpersonen eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode fest und weiter, dass der Verlauf chronisch und therapieresistent erscheine, da trotz regelmässiger ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung unterstützt durch Psychopharmaka keine wesentliche Verbesserung des psychischen Zustandes habe erreicht werden können. Aus diesen Informationen zu schliessen, dass es sich lediglich um eine kurze, reaktive Depression infolge der Rentenaufhebung gehandelt habe, weil der beschriebene Zustand des Versicherten nach Austritt aus der C._____ dem von Dr. J._____ in seinem Teilgutachten vom 17. Februar 2020 entsprochen habe, der einen Status nach depressiver Episode, aktuell mit Restsymptomatik im Sinne einer erhöhten Irritierbarkeit (ICD-10 F32.4), DD Dysthymie (ICD-10 F34.1) diagnostizierte, zeigt, dass der RAD den Bericht der C._____ vom 17. Mai 2023 in wesentlichen Punkten ausser Acht liess. Zwar ist allein die diagnostische Einschätzung nicht massgebend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Im gegebenen Fall liegt diese aber doch mit rezidivierender depressiver Störung, aktuell mittelgradige Episode (C._____) und Status nach depressiver Episode (Dr. J._____) doch weit auseinander. Auch die Befunderhebung gemäss Bericht der C._____ vom 17. Mai 2023 weicht wesentlich von derjenigen von Dr. J._____ ab. So stellte dieser damals im Jahr 2020 fest, dass weder Hinweise auf eine gedrückte Stimmung noch auf eine ausgesprochene Freudlosigkeit gegeben seien. Auch bestehe

keine ausgesprochen negative Haltung oder ein verminderter Appetit. Ferner lägen auch keine kognitiven Störungen vor. In diesem Sinne lasse sich das Vollbild einer depressiven Störung nicht mehr nachvollziehen. Allenfalls könne aufgrund der Stimmungsschwankungen noch eine Restsymptomatik der remittierten depressiven Störung angenommen werden oder differenzialdiagnostisch eine dysthyme Störung. Demgegenüber stellte die behandelnde Ärztin der C.____ als objektive Befunde anlässlich der Untersuchung im April 2023 fest, dass der Versicherte niedergeschlagen und müde wirke sowie psychomotorisch unruhig und emotional betroffen. Er zeige sich einerseits freundlich und kooperativ, andererseits beantworte er die gestellten Fragen auffallend einsilbig. Die Konzentration sei gestört und die Gedanken seien eingeeengt auf die Unfähigkeit, im Alltag zurechtzukommen, seine Krankheitsentwicklung und Schuldgefühle sowie seine Arbeitslosigkeit. Mimik und Gestik seien angespannt. Es lägen deutliche Insuffizienzgefühle vor und ein starker sozialer Rückzug sowie Ein- und Durchschlafstörungen mit kreisenden Gedanken und Albträumen. Der Antrieb sei erheblich vermindert. Ferner sei eine Störung der Vitalgefühle, des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls festzustellen. RAD-Arzt Dr. E.____ würdigte weder diese Befunderhebung noch die seitens der C.____ gemachten Ausführungen zur Therapie-resistenz. Es scheint, dass er selektiv die Informationen hervorhob, die für eine vorübergehende und leichtgradige Erkrankung sprechen könnten wie die Rentenaufhebung und die schwierige finanzielle Situation als psychosoziale Belastungsfaktoren sowie eine milde Medikation und eine tiefe Therapiefrequenz (wobei im Bericht der C.____ vom 17. Mai 2023 von einer Behandlungsfrequenz alle ein bis zwei Wochen gesprochen wird). Diese Feststellungen sind durchaus zu würdigen, jedoch nicht einseitig, sondern offen und im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens gemäss E. 9.1 und E. 9.2, wo auch die Aspekte zu beleuchten und zu diskutieren sind, die – entgegen der Regel – gemäss psychiatrischer Feststellung invalidenversicherungsrechtlich relevant sind wie beispielsweise psychosoziale Belastungsfaktoren. Namentlich wurde der Aspekt, dass es sich – nach der ersten depressiven Reaktion auf die Rentenaufhebung – nunmehr infolge der Dauer der Beschwerden um eine verselbstständigte psychische Erkrankung handeln könnte, nicht beleuchtet. Es fehlt zusammengefasst an einer vertieften Auseinandersetzung mit dem psychischen Geschehen. Zweifel an der Zuverlässigkeit und der Schlüssigkeit der versicherungsin-ternen ärztlichen Feststellungen sind somit begründet (E. 5.2). Da folglich dem Bericht von RAD-Arzt Dr. E.____ vom 18. Juli 2023 nicht gefolgt werden kann, die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte ebenfalls keinen abschliessenden Entscheid zulassen, ist die Angelegenheit zur weiteren Sachverhaltsabklärung, sprich zur Einholung eines externen psychiatrischen Gutachtens im Rahmen von Art. 44 ATSG, an die Vorinstanz zurückzuweisen. Es wird der Vorinstanz respektive der begutachtenden Person überlassen, ob sie eine zusätzliche neuropsychologische Beurteilung und/oder eine Konsensbeurteilung für angebracht erachtet.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

11.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. 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 ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss wird ihm zurückerstattet.

11.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Gemäss Honorarnote vom 15. April 2024 macht die Rechtsvertreterin des Versicherten einen Aufwand von 10,15 Stunden geltend sowie Auslagen von Fr. 47.20 und 8,1 % Mehrwertsteuer, was nicht zu beanstanden ist. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer demnach eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 2'821.10 (10,15 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Fr. 47.20 und 8,1 % Mehrwertsteuer) auszurichten.

12.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht 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 materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 8. Januar 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.

Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'821.10 (inkl. Mehrwertsteuer) auszurichten.