

AR_GERICHTE OG O3V-20-27 vom 16. März 2021

AR Gerichte, 2021-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-20-27

FR: AR_GERICHTE OG O3V-20-27 du 16 mars 2021

IT: AR_GERICHTE OG O3V-20-27 del 16 marzo 2021

Regeste

Obergericht Appenzell Ausserrhoden 3. Abteilung Zirkular-Urteil vom 16. März 2021
Mitwirkende Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger Verfahren Nr. O3V 2

Erwägungen

E. 1.1

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (bGS 145.31) beurteilt das Obergericht Beschwerden gegen solche Entscheide. Da sich die Beschwerde gegen eine Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden richtet, ist die örtliche Zuständigkeit des Obergerichts gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

E. 1.2

Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen (unter Vorbehalt der hier nicht betroffenen Zuständigkeiten des Einzelrichters) der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender Appenzell Ausserrhoden, abrufbar unter <https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf>, Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der Beschwerde zuständig ist.

E. 1.3

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass letztere sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- Seite 4 und Fristenfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG, Art. 28 lit. b Justizgesetz sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]). Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

E. 1.4

Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 Justizgesetz). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

E. 2.1

Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung setzt voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Als Invalidität gilt gemäss Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben versicherte Personen Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG haben nur diejenigen versicherten Personen Anspruch auf eine Rente, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (sog. Wartejahr). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Gesetzesbestimmung liegt dann vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig gewesen ist (vgl. Art. 29ter der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (Urteil des Bundesgerichts 9C_757/2010 vom 24. November 2010 E. 4.1). Unerheblich ist, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 2009). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 2.3

Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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.

E. 2.4

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus; es ist Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle), für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als

im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 138 V 2018 E. 6 mit Verweisen).

E. 2.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Ex-

Seite 6 perten begründet sind. 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). Den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen wird grundsätzlich Beweiswert zuerkannt, doch ist zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zuzubilligen ist wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2019 vom 26. Februar 2020 E. 2.2 m.w.H.).

E. 2.6

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein – grundsätzlich beweiskräftiges – Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlore. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist die notwendige Folge des rein

juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3 mit Hinweis auf SUSANNE BOLLINGER, Invalidisierende Krankheitsbilder nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2015, herausgegeben von UELI KIESER und MIRIAM LENDFERS, S. 114).

Seite 7

E. 2.7

a) Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. 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 (E. 7). In BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht die Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens schliesslich auch auf Suchterkrankungen (primäre Abhängigkeitssyndrome) ausgedehnt.

b) Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3):

Kategorie "funktioneller Schweregrad" - Gesundheitsschädigung (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten) - Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Sozialer Kontext

Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

c) Diese Standardindikatoren erlauben – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4 ff. und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es

Seite 8 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 3

Der angefochtene Entscheid basiert in medizinischer Hinsicht auf der RAD-Beurteilung vom

E. 8

Januar 2020 (act. 8.2/73). In dem betreffenden Bericht wird bezüglich Diagnosen nach ICD-10 ausgeführt, zum gegenwärtigen Zeitpunkt seien keine dauernden leistungseinschränkende Diagnosen erkennbar. Die schon seit sehr langer Zeit beschriebene depressive Erkrankung sei nicht austherapiert. Die angegebene, schon sehr lange bestehende Behandlung sei auch durch umfangreiche Recherche der IV nicht verifizierbar. Nachfragen bei den Behandlern hätten „Patient nicht bekannt“ oder ähnlich frustrane Antworten ergeben. Der Versicherte habe angegeben, keine eigenen Befunde zu Hause zu haben.

In ihrer Beurteilung erklärte die zuständige RAD-Ärztin, ein konkreter dauernder Gesundheitsschaden habe nicht diagnostiziert werden können. Objektiv habe sich eine Verlangsamung und Umständlichkeit des Versicherten gezeigt sowie eine Verschiebung der Tagesstruktur in den späten Vormittag bis in die etwas spätere Nacht hinein.

Der vorübergehende sowie der dauernde Gesundheitsschaden sei nicht lege artis austherapiert. Es fehle eine adäquate konsequente medikamentöse Einstellung der depressiven Episoden sowie eine adäquate konsequente engmaschige psychotherapeutische Begleitung zur Behandlung und zur Auffrischung der laut dem Versicherten schon stattgehabten Therapie.

Betreffend IV-fremde Faktoren sei der Lebenslauf geprägt von Kurzzeittätigkeiten, unterbrochen durch Arbeitslosigkeit. Gegenwärtig sei der Versicherte zu geringen Pensen geringfügig beschäftigt, komme damit aber ohne weitere Unterstützung durch den Alltag. Weitere IV-fremde Faktoren seien das vorgerückte Alter, die problematische Beziehung zur Ehefrau, die schwierige Beziehung zum einzigen Sohn sowie die lebenslang knappe finanzielle Situation.

Es seien keine Sucht-Folgeschäden vorhanden. Eine Alkohol- oder andere substanzgebundene Sucht sei verneint worden. Der RAD habe diese Aussage nicht kontrolliert. Der suchtartige Konsum von Pornographie sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt verneint worden.

Es fänden sich keine Hinweise für konkrete Aggravation oder sogar Simulation. Es fänden sich Hinweise auf selbstlimitierendes Verhalten (Wunsch nach höchstens 60 % Arbeitspensum). Es finde sich eine gewisse Aggravation und Symptomverdeutlichung im Rahmen des Seite 9 Paint detect Schmerzfragebogens. Diese Verdeutlichung bewege sich noch im Rahmen des Normalen.

Das Persönlichkeitsbild zeige eine unvollständige Persönlichkeitsentwicklung mit dominanter Mutter und abwesendem Vater, der vermutlich wenig Interesse an der Familie gezeigt habe. Die konkreten Angaben des Versicherten zu dieser Vermutung seien sehr vage. Die persönlichen Ressourcen (Klavier spielen, EDV-Neigung) würden beruflich nicht genutzt. Die therapeutischen Bemühungen scheiterten an dem Rückzugsverhalten sowie an der Antriebslosigkeit des Versicherten. Diese beiden Symptome seien keiner Depression geschuldet, sie würden aber durch depressive Einbrüche verstärkt. Die Arbeitsmotivation in der Untersuchung sei schwierig einschätzbar, entweder sei durch wiederholte Enttäuschungen die Arbeitsmotivation vermindert oder sie sei noch nie höher gewesen oder sei der Anpassungsstörung geschuldet.

Betreffend Arbeitsfähigkeit ergebe sich für die angestammte Tätigkeit als Buchhalter mit den dargelegten gesundheitlichen, im RAD-Untersuch objektivierten, dauerhaften Handicapierungen eine Einschränkung der zumutbaren Leistungsfähigkeit von 20 % für den angestammten Bereich, wobei die Einschränkung durch die Verlangsamung und Dekonditio-

nierung verursacht sei. Ein Beginn könne nicht angegeben werden, da keine medizinischen Dokumente vorgelegt worden seien. Eine adaptierte Tätigkeit könne vollumfänglich durchgeführt werden.

Die versicherungsmedizinische Würdigung der von der Rechtsprechung geforderten Standardindikatoren ergebe in der Zusammenschau mit den oben beschriebenen gesundheitlichen Handicapierungen überwiegend wahrscheinlich und schlüssig und in sich widerspruchsfrei, dass der Versicherte eine leidenskonforme Tätigkeit im beschriebenen Ausmass zuzumuten sei.

4. Im Folgenden sind die Einschätzungen im RAD-Untersuchungsbericht zu würdigen. Die zuständige Ärztin erklärte wie gesehen, es könne bei dem Versicherten nicht von einer Diagnose ausgegangen werden, welche die Leistungsfähigkeit dauerhaft einschränke. Gleichzeitig wurde dabei von ihrer Seite aber auch auf eine grundsätzlich seit sehr langer Zeit beschriebene depressive Erkrankung hingewiesen, welche nicht austherapiert sei (Ziff. 4 des RAD-Berichts). Mit diesen Ausführungen nahm Dr. B. anscheinend Bezug auf die rezidivierende depressive Störung, wie sie z.T. aus den spärlich vorhandenen Behandlungsberichten hervorgeht. Soweit also der RAD annimmt, dass es an einer besonderen Schwere der depressiven Erkrankung, die die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit

Seite 10 in erheblichem Masse schmälert, fehlt, besteht im Ergebnis keine Veranlassung von dieser Einschätzung abzuweichen. Dies nur schon deshalb, weil die übrigen medizinischen Akten letztlich keine wesentlich davon abweichende Schlussfolgerung nahelegen. So ist zunächst zu beachten, dass der Bericht von Dr. C., Allgemeine Medizin FMH, vom 17. Mai 2013 die damals diagnostizierte depressive Störung als leicht bis mittelgradig einstuft (act. 8.2/28). Des Gleichen sprach der behandelnde Psychotherapeut lic. phil. D. mit Bericht vom 24. August 2020 von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (act. 11.4). Immerhin fällt auf, dass das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden in seinem im April 2019 gegenüber der IV-Stelle erstatteten Bericht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressiv Episode erwähnte (act. 8.2/54). Da diese Angabe indes erheblich von allen übrigen im vorliegenden Dossier dokumentierten diagnostischen Einschätzungen – namentlich eben auch jener des RAD – abweicht, kann ihr hier kein massgebender Beweiswert zuerkannt werden, zumal sie auch gar nicht begründet wurde. Bezogen auf weitere psychiatrische Diagnosen ist auf jene der Anpassungsstörung einzugehen, welche von der RAD-Ärztin unter dem Strich verneint wurde. Soweit die Beschwerdeführerin kritisiert, die Verneinung der Diagnose sei in nicht nachvollziehbarer Weise erfolgt, sei dem entgegen gehalten, dass abgesehen vom Bericht von Dr. C. vom 24. Januar 2019 kein medizinisches Dokument vorliegt, welches eine Anpassungsstörung annimmt, insbesondere auch nicht der ausführlichste aller Therapeutenberichte von lic. phil. D.. An der Schlussfolgerung, dass die depressive Erkrankung keine die Leistungsfähigkeit wesentlich einschränkende Schwere aufweist, ändert im Übrigen auch nichts, dass laut lic. phil. D. Abklärungen hinsichtlich des Vorliegens eines ADS sowie eines Aspergersyndroms in die Wege geleitet würden. Von dem Verdacht auf ein ADS war bereits im Bericht von Dr. C. vom 17. Mai 2013 die Rede und eine einst im Jahr 2016 begonnene Behandlung mit Ritalin war vom Beschwerdeführer laut dem RAD-Untersuchungsbericht offenbar auf eigene Initiative gestoppt worden, wobei die Gründe dafür nicht erläutert sind. Jedenfalls ist – entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers – weder erstellt noch nachvollziehbar dargetan, dass das Absetzen der Medikation bzw. die unzureichende Compliance gerade die

Folge der Krankheit des Versicherten selber sei (vgl. dazu auch nachstehend E. 5.2 und 5.7). Bezüglich Asperger-Syndrom geht aus dem Bericht von lic. phil. D. nicht hervor, anhand welcher objektiver Befunde entsprechende Untersuchungen indiziert seien. Es ist nur die eigene subjektive Vermutung des Versicherten hinsichtlich des Bestehens eines leichten Asperger-Syndroms dokumentiert, wobei jener die betreffenden Angaben auch nicht bezogen auf seine erwerbsbezogene Leistungsfähigkeit, sondern im Zusammenhang mit seinem Verhalten in der Ehe machte. Schliesslich sei festgehalten, dass den vom Beschwerdeführer geklagten Leiden körperlicher Natur (Rücken- und Rheumaschmerzen in Beinen, Rücken, Armen und Brust; Taubheitsgefühle in den Füssen/Beinen; in den Rücken ausstrahlende Hüftschmerzen) für die vorliegende

Seite 11 Rentenprüfung von vornherein keine Relevanz beigemessen werden kann, da laut den von der IV-Stelle im Verwaltungsverfahren durchgeführten Abklärungen keinerlei Behandlung in Bezug auf besagte Beschwerden erfolgte und mithin auch keine Arbeitsunfähigkeit dokumentiert ist. Zuzufolge Fehlens jeglicher entsprechender durch den Versicherten in Anspruch genommener Therapien ist auch der von diesem erhobene Vorwurf nicht gerechtfertigt, die IV-Stelle habe es pflichtwidrig unterlassen, die versicherungsinterne medizinische Untersuchung auf weitere Fachdisziplinen auszuweiten. Bezüglich (nicht) erfolgter Behandlungen ebenfalls unerheblich ist im Übrigen, dass der Versicherte sehr spät darüber informiert worden sein soll, dass das Fehlen einer lege artis durchgeführten Therapie seinen Leistungsanspruch gefährde. Letztlich liegt es auf der Hand, dass der als bekannt vorausgesetzte Invaliditätsbegriff („voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit“) gemäss Art. 8 ATSG das Scheitern von angemessenen und zumutbaren Therapiebemühungen voraussetzt. Dies ist letztlich auch Ausdruck der das gesamte Sozialversicherungsrecht beherrschenden sog. Schadenminderungspflicht. Soweit der Beschwerdeführer des Weiteren noch auf seitens seines Arbeitgebers dokumentierte Einschränkungen – wie Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Vergesslichkeit – hinweist, kann den fraglichen Angaben hier keine hinreichende Relevanz beigemessen werden; dies nach Massgabe der in der Invalidenversicherung bestehenden Aufgabenverteilung, gemäss welcher die Einschätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit grundsätzlich in die Zuständigkeit eines Arztes fällt (BGE 107 V 20 E. 2b; SVR 2001 IV Nr. 10 S. 27 E. 1).

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen vermag der RAD-Untersuchungsbericht aus IV-rechtlicher Sicht insgesamt ein schlüssiges Bild bezüglich der beim Beschwerdeführer bestehenden medizinischen Situation zu liefern. Mithin kann auf der Grundlage des dokumentierten medizinischen Sachverhaltes eine zuverlässige Indikatorenprüfung (vgl. oben E. 2.7) vorgenommen werden. Letztere ist Gegenstand der folgenden Erwägungen.

5. 5.1 Zunächst ist auf das Kriterium Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich nimmt der RAD-Untersuchungsbericht wie erwähnt an, dass beim Versicherten keine die Leistungsfähigkeit einschränkende Diagnose vorliegt, wobei im Rahmen der Beurteilung aber gleichzeitig der seit langer Zeit bestehenden depressiven Erkrankung Rechnung getragen wird. Die beim Beschwerdeführer in reduziertem Masse bestehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nur durch eine

Seite 12 Verlangsamung und eine Dekonditionierung bedingt. Im Sinne dieser Einschätzungen kann damit nicht von einer besonderen Schwere der Ausprägung der psychischen Problematik ausgegangen werden. Zumal eben wie erwähnt die wenigen

vorhandenen Behandlungs- berichte keine wesentlich andere Schlussfolgerung nahelegen; letzteres gilt insbesondere auch für den Bericht von Dr. C. vom 14. August 2018, laut welchem beim Beschwerde- führer aufgrund der depressiven Erkrankung angeblich eine verminderte Zurechnungs- fähigkeit bestehen soll, welche von Dritten schon ausgenützt worden sei. Die Stellung- nahme von Dr. C. ist aus medizinischer Sicht unzureichend fundiert und äussert sich auch nicht zur entscheiderelevanten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

5.2 Weitere wichtige Indikatoren für die Ermittlung der Schwere eines Gesundheitsschadens sind Behandlungs- und Eingliederungserfolg, also Verlauf und Ausgang von durchgeführten Therapien. Scheitern lege artis und mit optimaler Kooperation durchgeführte Therapien, deutet dies auf eine negative Prognose hin. Bezüglich Behandlungen verhält es sich wie bereits angesprochen offenbar so, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit eine begonnene Psychotherapie jeweils nach kurzer Zeit wieder abgebrochen hat. Laut RAD liege deshalb weder anamnestisch noch nach Angaben des Versicherten eine fachgerechte Behandlung durch einen Psychiater vor. Des Gleichen weist der Beschwerdeführer an- scheinend eine unzureichende Compliance bei der Medikamenteneinnahme auf. Vorlie- gend kann eine krankheitsbedingte Ursache für die mangelhafte Therapiebereitschaft des Versicherten nicht angenommen werden. Die entsprechende Behauptung wurde von be- schwerdeführerischer Seite nicht plausibel vorgetragen. Was den RAD betrifft, hatte die zu- ständige Ärztin sich wohl dahingehend geäussert, dass die therapeutischen Bemühungen an dem Rückzugsverhalten sowie an der Antriebslosigkeit des Versicherten scheitern; dass daraus eine eigentliche Unzumutbarkeit bzw. eine medizinisch begründete Unfähigkeit zur Inanspruchnahme einer adäquaten psychiatrischen Therapie resultiert, legt der versiche- rungsinterne Untersuchungsbericht indes keinesfalls dar, was auch ohne weiteres ein- leuchtet. Bezogen auf die Frage der Eingliederung ist festzustellen, dass entsprechende Massnahmen nie erfolgten, vielmehr hatte der Beschwerdeführer eine solche Unterstützung von Seiten der Invalidenversicherung abgelehnt (vgl. act. 8.2/44). Gesamthaft kann klarer- weise das Fazit gezogen werden, dass Behandlungs- und Eingliederungsmöglichkeiten bisher nicht ausgeschöpft wurden.

5.3 Bezogen auf die Frage nach dem Vorliegen einer Komorbidität ist wie gesehen (vgl. E. 4.) aus somatischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht dokumentiert, weshalb eine relevante somatische Komorbidität auf jeden Fall zu verneinen ist.

Seite 13

5.4 Betreffend den Komplex Persönlichkeit ist im RAD-Untersuchungsbericht geschildert, beim Versicherten bestehe in der Zusammenschau schlimmstenfalls eine akzentuierte Persön- lichkeit, eher eine ungewöhnliche Persönlichkeit, sowie eine erhebliche psychosoziale Be- lastung (Ehe, Sohn, Finanzen). Des Weiteren ist von einer unvollständigen Persönlichkeits- entwicklung die Rede, im Zusammenhang mit einer dominanten Mutter und abwesendem Vater, der vermutlich wenig Interesse an der Familie gezeigt habe. In der Untersuchungs- situation hätten sich laut RAD jedenfalls keinerlei Hinweise für wahnhaftige Gedankeninhalte oder Fehlwahrnehmungen ergeben. Bedeutsam erscheint sodann vor allem, dass der Be- schwerdeführer über substantielle Ressourcen verfügt. So wird im RAD-Bericht ausgeführt, der Versicherte habe eine EDV-Neigung und gewisse Englisch-Kenntnisse. Zudem be- herrscht er offenbar das Klavierspiel so gut, dass ihn dies zu öffentlichen Auftritten befähigt, wenngleich dies laut seiner eigenen Aussage mit starkem Lampenfieber verbunden sei. In diesem Zusammenhang muss auch auf

bestimmte Diskrepanzen in den eigenen Aussagen des Versicherten hingewiesen werden. Derweil er selber angab, ständig müde und unkonzentriert zu sein, ist dem Bericht seines Therapeuten lic. phil. D. zu entnehmen, wenn der Versicherte vom Klavierspielen berichtet, bekomme man nicht den Eindruck, er sei sonderlich müde (act. 11.4). Beim Klavierspielen erlebe sich der Versicherte laut lic. phil. D. als fähig und dafür anerkannt. Weiteren Angaben von lic. phil. D. zufolge sei der Versicherte darum bemüht, den Gesprächsverlauf zu steuern. Der Therapeut sei für den Versicherten von Anfang mehr Zuhörer als ein vollwertiges Gegenüber gewesen. Diese Angaben von lic. phil. D. lassen allgemein auf eine gute Kommunikationsfähigkeit und mithin das Vorhandensein einer wichtigen erwerbsbezogenen Ressource beim Versicherten schliessen.

5.5 In Bezug auf den Komplex sozialer Kontext muss das intakte soziale Umfeld des Versicherten geradezu hervorgehoben werden. Diesbezüglich ist zunächst der Kontakt zu seiner Frau und zu seinem Sohn zu nennen, wenn auch die Beziehung zur Frau – bei bereits zweimaliger Trennung – spannungsreich sei und der Sohn namentlich Probleme mit der Polizei habe. Was Kontakte zu anderen Personen betrifft, ist dem RAD-Untersuchungsbericht zu entnehmen, der Versicherte habe keine Angaben zu Freunden und Nachbarschaftskontakten gemacht. Im Bericht von lic. phil. D. hingegen ist ausgeführt, tiefe Gespräche mit Kollegen/Freunden seien für den Patienten wohlthuend (act. 11.4). Schliesslich besuche der Versicherte laut RAD regelmässig die „E.“, eine kirchliche Vereinigung in F..

Seite 14 5.6 Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). In dieser Hinsicht ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich eine beachtliche Aktivität an den Tag legt, wenn er in drei verschiedenen Jobs tätig ist (vgl. die entsprechende Übersicht in act. 8.2/44), wobei in diesem Zusammenhang nicht von Interesse ist, inwieweit er mit seinem totalen Pensum von 60 % seine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet. Daneben hat der Versicherte gegenüber dem RAD (nebst dem bereits erwähnten Klavierspiel) auch weitere eigene Hobbys bezeichnet, so den PC und den TV. Auch kaufe er selber ein und putze, erledige Post- und Bankgeschäfte und er koche für sich selber. Im Ergebnis ist nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen auszugehen.

5.7 Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Vorliegend ist grundsätzlich erstellt, dass die Therapiebemühungen des Versicherten aufgrund der jeweils abgebrochenen psychotherapeutischen Behandlungen sowie der mangelhaften Compliance bei der Medikamenteneinnahme unzureichend sind. Wie oben schon ausgeführt wurde, kann dabei aber nicht von einer eigentlichen

medizinisch begründeten Unfähigkeit zur Inanspruchnahme einer adäquaten psychiatrischen Therapie ausgegangen werden (vgl. E. 5.2). Im Übrigen fällt auch auf, dass der Beschwerdeführer laut RAD anscheinend just eine Woche vor der versicherungsinternen ärztlichen Untersuchung wieder mit der Einnahme eines Antidepressivums begonnen hat. Es bestehen daher gewisse Zweifel, dass die Wiederaufnahme der Medikamenteneinnahme durch den Versicherten nicht gerade durch das laufende Verwaltungsverfahren beeinflusst war. Zusammenfassend ist jedenfalls nicht von einem übermässigen Leidensdruck im Sinne des von der Rechtsprechung geforderten Ausmasses auszugehen.

Seite 15 5.8 Gemäss vorstehenden Erwägungen spricht die Prüfung der Standardindikatoren gegen ein invalidisierendes Ausmass der beim Versicherten bestehenden psychischen Problematik. Zu diesem Fazit war im Übrigen bereits der RAD-Untersuchungsbericht gelangt (Ziff. 5.1). Wohl ist die betreffende Stellungnahme zu den Indikatoren nur sehr kurz und summarisch ausgefallen, doch liefert der Untersuchungsbericht – wie auch weitere Akten – ansonsten detaillierte Angaben zu Beurteilung der Standardindikatoren, die letztlich ohnehin in die Zuständigkeit des Rechtsanwenders fällt. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung durch den RAD ist anhand des Beweisergebnisses des strukturierten Beweisverfahrens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen. Die einen Rentenanspruch verneinende Verfügung vom 28. Mai 2020 erweist sich als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

6. 6.1 Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG sind Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Dem Beschwerdeführer sind daher ausgangsgemäss die Kosten des Verfahrens in Höhe von Fr. 800.-- aufzuerlegen. Diese werden im Rahmen der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege der Staatskasse belastet, unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht nach Art. 25 Abs. 3 VRPG.

6.2

a) Der obsiegenden IV-Stelle wird keine Parteientschädigung ausgerichtet (BGE 126 V 143 E. 4).

b) Da dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch Rechtsanwältin AA. bewilligt wurde, ist ihm zulasten der Staatskasse eine Entschädigung auszurichten. Im Verfahren vor Obergericht in Sozialversicherungssachen wird die Entschädigung pauschal bemessen (Art. 13 Abs. 1 lit. c Anwaltstarif [AT], bGS 145.53). Das Honorar des unentgeltlichen Rechtsvertreters richtet sich zwar grundsätzlich nach dem notwendigen Zeitaufwand, darf aber nicht höher sein als das pauschal zu bemessende Honorar (Art. 23 Abs. 1 und 24 Abs. 2 AT). Vorliegend hat man es mit einem durchschnittlich leichten Fall zu tun. In diesem Sinne ist das Honorar von RA AA. als Grundlage der Parteientschädigung gemäss der Praxis des Obergerichts auf Fr. 2'500.-- festzulegen. Hinzu kommen eine Entschädigung für die Barauslagen von praxismässig pauschal 4 % (Art. 23 Abs. 2 AT) sowie die Mehrwertsteuer von 7.7 %, so dass total ein Betrag von Fr. 2'800.20 resultiert. Damit wird der notwendige Aufwand der unentgeltlichen Rechtsverteilerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren in angemessener Weise abgegolten. Die Zahlung zu Lasten der

Seite 16 Staatskasse erfolgt unter ausdrücklichem Vorbehalt der Rückforderung beim Beschwerdeführer für den Fall günstigerer wirtschaftlicher Verhältnisse.

Seite 17 Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde von A. wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Entscheidgebühr von Fr. 800.-- auferlegt. Diese wird im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege der Staatskasse belastet, unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht nach Art. 25 Abs. 3 VRPG.
3. Dem Beschwerdeführer wird im Rahmen der ihm gewährten unentgeltlichen Rechtsverbeiständung eine Entschädigung von Fr. 2'800.20 zulasten der Staatskasse zugesprochen, unter Vorbehalt der Rückforderung beim Beschwerdeführer für den Fall günstigerer wirtschaftlicher Verhältnisse.

4. Rechtsmittel:

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwältin, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

lic. iur. Ernst Zingg Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Marc Giger

versandt am 23. März 2021:

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