

# **BGer 9C\_865/2018 vom 9. Mai 2019**

Bundesgericht, 2019-05-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_9C\\_865\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_865_2018)

FR: TF 9C\_865/2018 du 9 mai 2019

IT: TF 9C\_865/2018 del 9 maggio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzung gemäss den Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat ( Art. 105 Abs. 1 BGG ), und kann deren Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht ( Art. 105 Abs. 2 BGG ; vgl. auch Art. 97 Abs. 1 BGG ). Mit Blick auf diese Kognitionsregelung ist aufgrund der Vorbringen in der Beschwerde ans Bundesgericht zu prüfen, ob der angefochtene Gerichtsentscheid in der Anwendung der massgeblichen materiell- und beweisrechtlichen Grundlagen (u.a.) Bundesrecht verletzt ( Art. 95 lit. a BGG ), einschliesslich einer allfälligen rechtsfehlerhaften Tatsachenfeststellung ( Art. 97 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 BGG ). Hingegen hat eine freie Überprüfung des vorinstanzlichen Entscheids in tatsächlicher Hinsicht zu unterbleiben. Ebenso entfällt eine Prüfung der Ermessensbetätigung nach den Grundsätzen zur Angemessenheitskontrolle.

### **E. 2**

Streitig ist, ob die Vorinstanz mit der Bestätigung der rentenablehnenden Verfügung vom 18. Januar 2018 Bundesrecht verletzt hat.

#### **E. 3.1**

Im angefochtenen Entscheid werden die massgebenden rechtlichen Grundlagen zutreffend dargelegt. Es betrifft dies namentlich die Bestimmungen und Grundsätze zum Anspruch auf eine Invalidenrente ( Art. 28 IVG ) sowie zu den Begriffen der Erwerbsunfähigkeit ( Art. 7 ATSG ) und der Invalidität ( Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ), insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, bei denen die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens anhand von sogenannten Standardindikatoren zu erfolgen hat ( BGE 143 V 409 und 418; 141 V 281 ). Richtig sind auch die Ausführungen zum Beweiswert und zur Beweiswürdigung medizinischer Berichte und Gutachten ( BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Darauf wird verwiesen.

#### **E. 3.2**

Bei den vorinstanzlichen Feststellungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der versicherten Person sowie bei der konkreten Beweiswürdigung handelt es sich grundsätzlich um Entscheidungen über Tatfragen ( BGE 132 V 393 E. 3.2 S. 397 ff.), welche das Bundesgericht seiner Urteilsfindung zugrunde zu legen hat (vgl. E. 1). Dagegen ist die Beachtung des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigungsregeln eine Rechtsfrage ( BGE 132 V 393 E. 3.2 und 4 S. 397 ff.; Urteil I 865/06 vom 12. Oktober 2007 E. 4 mit Hinweisen), die das Bundesgericht im Rahmen der den Parteien obliegenden

Begründungs- bzw. Rügepflicht ( Art. 42 Abs. 2 BGG und Art. 106 Abs. 2 BGG ; BGE 133 II 249 E. 1.4.1 und 1.4.2 S. 254) frei überprüfen kann ( Art. 106 Abs. 1 BGG ). Gleiches gilt für die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der Indikatoren nach BGE 141 V 281 auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen ( BGE 141 V 281 E. 7 S. 308 f.).

#### **E. 4.1**

Die Vorinstanz erwog, es sei auf das vom Beschwerdeführer im kantonalen Verfahren eingereichte, sich auf den Zeitraum vor Verfügungserlass (18. Januar 2018) beziehende und beweiskräftige Gutachten des Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 20. März 2018 abzustellen. Der Gutachter hielt darin gestützt auf seine eigenen Untersuchungen und die in den Akten liegenden psychiatrisch-ärztlichen Befundberichte fest, der Versicherte sei in seiner Arbeitsfähigkeit mindestens seit 2013 beeinträchtigt, dies aufgrund einer mittelgradig persistierenden depressiven Störung (Dysthymie) mit melancholischen Merkmalen, mit intermittierender Episode einer Major Depression, ohne aktuelle Episode (ICD-10 F34.1, DSM-5 TM 300.4). Er schätzte die Arbeitsfähigkeit für die Zeit nach dem Austritt aus der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_\_ am 24. Dezember 2013 auf 100 % in jeder beliebigen Tätigkeit und für die Zeit ab 6. Oktober 2014 auf 50 % sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit. Das kantonale Gericht hielt fest, eine Dysthymie stelle zwar grundsätzlich, vorbehaltlich besonderer Umstände, keine invalidisierende psychische Störung dar. Angesichts der beim Versicherten ebenfalls festgestellten depressiven Episoden mittleren Grades seien hier aber die Auswirkungen der psychischen Störung auf die Arbeitsfähigkeit aus versicherungsrechtlicher Sicht zu klären. Nach einer Prüfung anhand der dafür massgebenden Indikatoren gelangte es zum Ergebnis, dass das beim Beschwerdeführer diagnostizierte psychische Leiden keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden darstelle. Ein Rentenanspruch sei deshalb zu verneinen.

#### **E. 4.2**

Der Beschwerdeführer kritisiert allein die vorinstanzliche Beurteilung der Indikatoren als willkürlich und damit bundesrechtswidrig. Er vertritt den Standpunkt, ab Oktober 2014 sei eine funktionelle Auswirkung der psychischen Störung in dem von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ attestierten Umfang (mithin zu 50 %) ausgewiesen und es stehe ihm deshalb mindestens ab diesem Zeitpunkt eine halbe Rente zu.

#### **E. 4.3**

Zu prüfen ist aufgrund der Vorbringen in der Beschwerde, inwiefern die vorinstanzlichen Erwägungen zu den einzelnen Indikatoren offensichtlich unrichtig oder sonst wie bundesrechtswidrig sein sollen.

##### **E. 4.3.1**

Was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde anbelangt, verneinte die Vorinstanz einen besonderen Schweregrad unter Hinweis darauf, dass der Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_\_ beim Versicherten lediglich Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen mit Weitschweifigkeit, Gedankensprüngen und erhöhten Antwortlatenzen festgestellt habe und daneben eine leichte Ablenkbarkeit sowie einen verflachten Affekt, aber keine depressive Stimmung im engeren Sinn. Der Beschwerdeführer wendet ein, das kantonale Gericht stelle damit auf einen durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung am 3. März 2018 aufgenommenen Ist-Zustand ab; es lasse ausser Acht, dass er wiederholt an

einer stark depressiven Grundstimmung mit Suizidgefahr gelitten habe und deswegen mehrmals in stationärer Behandlung gewesen sei.

Anders als der Beschwerdeführer annimmt, ist der Vorinstanz nicht entgangen, dass der Krankheitsverlauf von Schwankungen (im Sinne eines phasenweisen Auftretens depressiver Episoden) geprägt ist, ergibt sich dies doch bereits aus der gestellten Diagnose, welche auch dem angefochtenen Entscheid zugrunde liegt. Weiter setzte sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit den in den Akten dokumentierten depressiven Episoden mittelgradiger Ausprägung eingehend auseinander. Er zeigte auf, wie es jeweils bei nicht ausreichend durchgeführter psychopharmakologischer Behandlung zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kam. Seiner Auffassung nach gehen "die Einschränkungen in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit überwiegend zu Lasten der festgestellten kontinuierlich verlaufenden psychiatrischen Gesundheitsstörung ("double depression")", wobei "die Belastbarkeit auch in Phasen ohne auffällig dekompenzierte depressive Episoden deutlich reduziert" sei. Bei dieser Sachlage ist im Ergebnis nicht willkürlich, dass die Vorinstanz auf nicht besonders ausgeprägte Befunde geschlossen hat.

#### **E. 4.3.2**

Zu Behandlungserfolg oder -resistenz erwog die Vorinstanz, der Versicherte habe seit Oktober 2000 immer wieder Therapien aufgenommen (bei unbekannter Behandlungsfrequenz) und sich auch wiederholt in stationäre Behandlung begeben (vom 26. November bis 24. Dezember 2013, vom 5. bis 7. Januar 2014 sowie vom 15. bis 22. Juni 2017). Den Klinikaufenthalt habe er allerdings auf eigenen Wunsch jeweils wieder abgebrochen, obwohl es jedenfalls in zwei Fällen zu einer raschen Besserung gekommen sei. Dies alles spreche für eine Behandelbarkeit der depressiven Episoden bzw. gegen einen besonderen Schweregrad. Das Gleiche gelte hinsichtlich der Pharmakotherapie: Selbst wenn diese nicht optimal dosiert sei, scheine sie insbesondere hinsichtlich der mittelgradigen depressiven Episoden Wirkung zu zeigen.

Der Beschwerdeführer rügt als bundesrechtswidrig, dass die Vorinstanz den fehlenden Therapieerfolg zu seinen Lasten gewichte, obwohl er die fachärztlich verschriebenen Medikamente eingenommen habe und es wegen der schweren Nebenwirkungen nicht zu einer Verbesserung seines Gesundheitszustandes gekommen sei. Diesem Einwand ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nach einer Medikamentenspiegelkontrolle lediglich festhielt, die Kombination der eingenommenen Antidepressiva könne zu unerwünschten Nebenwirkungen führen und der Versicherte klage über derartige Beschwerden. Seinen Ausführungen lässt sich aber nicht entnehmen, dass die Medikamente den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus diesem Grund nicht hätten verbessern können. Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers ging Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vielmehr von einer positiven Wirkung derselben aus. Er legte dar, wie in der Vergangenheit gesundheitliche Verschlechterungen mit einer nicht ausreichend durchgeführten psychopharmakologischen Behandlung korreliert hätten, und wies auf die Wichtigkeit einer regelmässigen antidepressiv wirksamen Medikation sowie einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung hin. Bei dieser Sachlage hat das kantonale Gericht eine Behandlungsresistenz zu Recht verneint (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.).

#### **E. 4.3.3**

Als einzige Komorbidität fällt nach dem angefochtenen Entscheid die Schilddrüsenerkrankung in Betracht, welcher indessen mangels damit einhergehender Arbeitsunfähigkeit oder anderweitiger Beeinträchtigung keine massgebende Bedeutung zukommt. Der Beschwerdeführer kritisiert, die Vorinstanz hätte die Wechselbeziehung zwischen der Dysthymie und den Episoden einer Major Depression behandeln müssen, weil die Dysthymie immer von der Depression, welche episodenhaft stärkere Auswirkungen gehabt habe, überlagert worden sei.

Nach neuester Rechtsprechung fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist ( BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f.). Dieser Praxis widerspricht es indessen nicht, dass die Vorinstanz die vom Gutachter diagnostizierte "mittelgradig persistierende depressive Störung (Dysthymie) mit melancholischen Merkmalen, mit intermittierender Episode einer Major Depression, ohne aktuelle Episode" (ICD-10 F34.1) als ein einziges, zusammenhängendes Krankheitsbild betrachtet und in den einzelnen Bestandteilen desselben keine Komorbiditäten - d.h. keine weiteren, diagnostisch abgrenzbaren Krankheitsbilder - erblickt hat. Würde dem Standpunkt des Versicherten gefolgt, wären einzelne Elemente desselben Beschwerdebildes bereits als Komorbiditäten zu betrachten, was nicht sachgerecht erscheint: Dem Schweregrad der Krankheitszeichen (Symptome) wird im Rahmen des Indikators "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde" Rechnung getragen. Würden die verschiedenen Symptome eines Krankheitsbildes zusätzlich - entsprechend dem vom Versicherten vertretenen Standpunkt - als Komorbiditäten betrachtet, liefe dies auf eine nochmalige Berücksichtigung derselben Faktoren hinaus. In diesem Sinne ist auch hier die Tatsache, dass die chronische depressive Verstimmung (Dysthymie) beim Beschwerdeführer phasenweise von depressiven Episoden überlagert war, alleine im Rahmen der Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (und nicht zusätzlich unter dem Aspekt der Komorbidität) zu würdigen (vgl. E. 4.3.1). Die vorinstanzliche Beurteilung des entsprechenden Indikators ist damit bundesrechtskonform.

#### **E. 4.3.4**

Betreffend die Persönlichkeit und den sozialen Kontext hielt das kantonale Gericht fest, dem Gutachten seien keine erheblichen Defizite zu entnehmen, welche auf eine wesentliche funktionelle Beeinträchtigung schliessen liessen. Ressourcenmindernd sei zu berücksichtigen, dass es zu einer sozialen Rückzugstendenz gekommen sei, welche die Kommunikation mit der Aussenwelt und damit die berufliche Leistungsfähigkeit wesentlich einschränke. Der Gutachter Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei davon ausgegangen, dass die Dysthymie beim Beschwerdeführer aus dem Verlust persönlicher Bindungen resultiere. In diesem Sinne sei der soziale Rückzug nicht nur ein Symptom, sondern auch eine Ursache der Dysthymie, was sich mit der Feststellung der behandelnden Ärzte aus dem Jahr 2017 decke. Es sei dem Versicherten zumutbar, diesen ressourcenmindernden Faktor mittels stationärer und ambulanter Behandlung anzugehen.

Soweit der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang sinngemäss erneut geltend macht, es dürfe ihm nicht angelastet werden, dass die Medikamente seinen Gesundheitszustand wegen der Nebenwirkungen verschlechtert statt verbessert hätten, kann auf das in E. 4.3.3 Ausgeführte verwiesen werden. Da er keine anderen Einwände vorbringen lässt, erübrigen sich Weiterungen.

#### **E. 4.3.5**

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (Gesichtspunkte des Verhaltens) erwog die Vorinstanz, Dr. med. D. \_\_\_\_\_ habe zwar eine bewusste Täuschung (Simulation, Selbstlimitierung oder Aggravation) verneint, doch sei mit ihm eine Diskrepanz festzustellen zwischen der geltend gemachten Schwere der psychischen Störung und den in Anspruch genommenen Therapien, indem der Versicherte jeweils vorzeitig, entgegen dem ärztlichen Rat und trotz erreichter Verbesserung aus den stationären Behandlungen ausgetreten sei und ein ambulantes Setting mit Tagesstruktur wiederholt abgelehnt habe. Diese Umstände wiesen auf einen tieferen Leidensdruck hin.

Der Beschwerdeführer hält ausdrücklich fest, er bestreite das Vorliegen "gewisser Inkonsistenzen" nicht. Die Vorinstanz habe aus ihnen aber bundesrechtswidrig eine fehlende Invalidisierung abgeleitet, weil sie nicht erkannt habe, dass die Inkonsistenzen zu einer gutachterlichen Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit auf nur 50 statt 100 % geführt hätten. Dieser Vorwurf ist nicht gerechtfertigt: Das kantonale Gericht schloss aus dem wiederholten Abbruch einer stationären Behandlung bzw. der Ablehnung eines ambulanten Settings mit Tagesstruktur lediglich auf einen tieferen Leidensdruck und berücksichtigte diesen Faktor, welcher Teil der Konsistenzprüfung bildet, als ein Element unter mehreren im Rahmen seiner Gesamtbeurteilung der funktionellen Auswirkungen. Sein Vorgehen steht damit im Einklang mit der Rechtsprechung (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304).

#### **E. 4.3.6**

Zusammenfassend ergibt sich, dass die vorinstanzliche Würdigung der ärztlichen Feststellungen anhand der massgebenden Indikatoren bundesrechtskonform ist. Im angefochtenen Entscheid wurde die psychische Erkrankung des Versicherten mithin in einer Gesamtbetrachtung zu Recht nicht als invalidisierend qualifiziert. Die Beschwerde ist unbegründet.

#### **E. 5**

Dem Verfahrensausgang entsprechend hat der Beschwerdeführer grundsätzlich die Gerichtskosten zu tragen ( Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG ). Seinem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege kann entsprochen werden ( Art. 64 Abs. 1 und 2 BGG ). Es wird indessen auf Art. 64 Abs. 4 BGG hingewiesen, wonach er der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er später dazu in der Lage ist.

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