

FR_GERICHTE 608 2021 106 vom 8. Dezember 2021

FR Kantonsgericht, 2021-12-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_106

FR: FR_GERICHTE 608 2021 106 du 8 décembre 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2021 106 del 8 dicembre 2021

Regeste

Urteil des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 8. Juni 2021 gegen die Verfügung vom 6. Mai 2021 wurde durch den ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter frist- und formgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, II. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob die Vorinstanz die von ihm seit 1. Juli 2019 bezogene ganze Invalidenrente zu Recht zufolge einer Verletzung der Schadenminderungspflicht eingestellt hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2.1

Nach Art. 7 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen, namentlich auch an medizinischen Behandlungen nach Art. 25 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG). Wenn die versicherte Person diesen Pflichten nicht nachgekommen ist, können die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden (Art. 7b Abs. 1 IVG). Art. 21 Abs. 4 ATSG sieht vor, dass eine versicherte Person, die sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder die nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt, unter Ansetzung einer angemessenen Bedenkzeit schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden muss, bevor ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden können. Behandlungs- oder Eingliederungs-massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar. In Abweichung von Art. 21 Abs. 4 ATSG können die Leistungen ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren nur dann gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person ihre Anmelde-, Melde- oder Auskunftspflicht verletzt oder wenn sie Leistungen der Invalidenversicherung zu Unrecht erwirkt oder zu erwirken versucht hat

(vgl. die in Art. 7b Abs. 2 IVG abschliessend aufgezählten Tatbestände qualifizierter Pflichtverletzung). Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Art. 7b Abs. 3 IVG).

E. 2.2

Bei der Beantwortung der Frage nach der Zumutbarkeit einer Behandlung oder Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG sind die gesamten persönlichen Verhältnisse, insbesondere die berufliche und soziale Stellung der versicherten Person, zu berücksichtigen, wobei

Kantonsgericht KG Seite 6 von 15 das objektiv Zumutbare, nicht die subjektive Wertung der versicherten Person, massgebend ist (ZAK 1982 S. 495 E. 3; Urteil BGer I 105/93 vom 11. März 1994 E. 2a; MEYER-BLASER, Zum Verhältnis- mässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, 1985, S. 189). Die gesetzliche Vorgabe, wonach Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, nicht zumutbar sind, bedeutet nicht, dass eine Massnahme, die keine solche Gefahr darstellt, automatisch zumutbar wäre (ZAK 1985 S. 326 E. 1); sie weist aber doch darauf hin, dass nur Gründe von einer gewissen Schwere zur Unzumutbarkeit führen. Die Zumutbarkeit ist sodann in Relation einerseits zur Tragweite der Massnahme, andererseits zur Bedeutung der in Frage stehenden Leistung zu beurteilen. Namentlich bei medizinischen Massnahmen, die einen starken Eingriff in die persönliche Integrität der versicherten Person darstellen können, ist die Schwere des mit der Massnahme verbundenen Eingriffs in die Versichertenpersönlichkeit mit zu berücksichtigen. Je schwerer der Eingriff ist, je weniger hoch ist der Massstab an die Unzumutbarkeit zu legen (ZAK 1985 S. 326 E. 1). Generell hat die Zumutbarkeitsprüfung bei Behandlungsmassnahmen einzelfallbezogen zu erfolgen, weil neben den objektiven auch die subjektiven Umstände einzubeziehen sind (KIESER, ATSG-Kommentar, 4., vollständig revidierte Auflage, Art. 21 N. 123). Umgekehrt ist die Zumutbarkeit eher zu bejahen, wenn die fragliche Massnahme unbedenklich ist (RKUV 1995 Nr. U 213 S. 68 E. 2b). Sodann sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, so namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auszulösen vermag (Urteil BGer I 744/06 vom 30. März 2007 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 113 V 22 E. 4b, bestätigt in Urteil BGer 8C_128/2015 vom 25. Juni 2015 E. 1.2; vgl. auch Urteil BGer 9C_155/2019 vom 24. Juni 2019 E. 2.2.2). Im Übrigen muss die Sanktion in ihrer konkreten Gestalt verhältnismässig sein, indem das Kürzungsmass und die voraussichtliche günstige Wirkung der zumutbaren Massnahme auf den Erwerbsschaden einander entsprechen (Urteil BGer I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3).

E. 2.3

Gemäss Art. 43 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten (Abs. 1). Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Abs. 2). Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunftspflichtigen in unentschuldigbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese

Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Abs. 3).

E. 2.4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter 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 er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder

Kantonsgericht KG Seite 7 von 15 die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil EVGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen). Das Gericht hat sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person auf schlüssige medizinische Berichte zu stützen. Sofern solche nicht vorliegen oder widersprüchlich sind, sind weitere Abklärungen unabdingbar, ansonsten der Untersuchungsgrundsatz verletzt wird (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; Urteil BGer 8C_262/2013 vom 5. Juli 2013 E. 5.2; BGE 125 V 193 E. 2; 122 V 157 E. 1a).

E. 3

Die Vorinstanz hat die vom Beschwerdeführer seit 1. Juli 2019 bezogene ganze Invalidenrente der Invalidenversicherung per 30. Juni 2021 eingestellt mit der Begründung, der Beschwerdeführer habe seine Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht verletzt, indem er sich bis zum heutigen Zeitpunkt weder einer teilstationären noch einer stationären Therapie unterzogen habe. Der Beschwerdeführer wiederum stellt sich auf den Standpunkt, dass ihm eine stationäre Therapie nicht zumutbar sei. Ein Klinikaufenthalt sei kontraindiziert und würde ihn psychisch destabilisieren.

E. 3.1

Die Vorinstanz beruft sich auf das psychiatrische Gutachten, welches am 29. Januar 2020 von Dr. med. G. _____ erstattet worden war (IV-Akten S. 686-718), auf das Addendum vom 12. Februar 2020 (IV-Akten S. 684-685) sowie auf die eingeholten RAD-Stellungnahmen (IV-Akten S. 676-677, 719-721, 725-726, 757-759, 766-774, 879-882, 1002-1003).

E. 3.2

Der Gutachter stellt in seinem Gutachten die folgenden psychiatrischen Diagnosen (IV-Akten S. 707): Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - keine Er kommt zum Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit (als Teamleiter) seit spätestens Oktober 2018 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In einer angepassten Tätigkeit (weniger hohe Anforderungen an die Interaktion, keine Supervisionsaufgaben und reguläre Belastung) sei spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung von einer 80-prozentigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (IV-Akten S. 717). Zu den möglichen Behandlungsoptionen führt der Gutachter aus, dass sich depressive Störungen und Angststörungen in der Regel medikamentös und psychotherapeutisch behandeln lassen würden. Für die medikamentöse Behandlung einer depressiven Störung würden zunächst üblicherweise Antidepressiva verwendet. Die Ansprechrate sei häufig nicht sehr hoch und bedinge nicht selten eine gewisse Dosierung, die sich häufig im Vorfeld nicht bestimmen lasse, so dass eine Dosisanpassung im Verlauf notwendig sein könne. Bei mangelndem Ansprechen bestehe die Möglichkeit

Kantonsgericht KG Seite 8 von 15 des Wechsels auf ein anderes Präparat oder die Möglichkeit einer Kombinationsbehandlung, sei es zweier Antidepressiva mit unterschiedlichem Wirkmechanismus oder eines Antidepressivums mit einem Medikament aus einer anderen Stoffklasse, beispielsweise einem Stimmungsstabilisator oder einem atypischen Antipsychotikum. Angststörungen würden ebenfalls auf eine Behandlung mit einem Antidepressivum ansprechen. In der Literatur würden auch Versuche beschrieben, bei mangelndem Ansprechen genauso wie bei der Depression eine Augmentation bzw. eine Kombinationsbehandlung mit denselben Substanzen zu versuchen. Dies könnte allenfalls versucht werden, wobei gerade bei den atypischen Antipsychotika der Effekt auf Angststörungen auch teilweise kontrovers diskutiert werde (IV-Akten S. 713-714). Der Beschwerdeführer werde aktuell mit einem Phytotherapeutikum und einem niedrigdosierten Antidepressivum behandelt. Aus Sicht des Unterzeichnenden sei aktuell die Chance klein, dass sich nach einer so langen Behandlung ein zusätzlicher Effekt dieser Medikamente aufbaue. Entsprechend wäre eine Anpassung der Medikation zu erwägen. Unter Berücksichtigung des oben aufgeführten Behandlungsalgorithmus bestehe im Prinzip die Chance auf eine Verbesserung. Im vorliegenden Fall sei prognostisch ungünstig, dass die depressive Symptomatik schon seit längerem bestehe, so dass sich von einer gewissen Chronifizierung ausgehen lasse. Ebenso sei ungünstig, dass der Beschwerdeführer eine deutliche Tendenz zeige, sich auf körperliche Prozesse zu fokussieren. Bei solchen Patienten bestehe erfahrungsgemäss eine grössere Chance für das Auftreten von Nebenwirkungen und zugleich auch ein erhöhtes Risiko dafür, dass diese Nebenwirkungen als sehr hinderlich und einschränkend beurteilt würden. Diesbezüglich könnte es hilfreich sein, mit dem Exploranden psychologische Aspekte dieses Phänomens im Vorfeld gut zu besprechen, um damit die Compliance allenfalls zu verbessern (IV-Akten S. 714). Zu diskutieren wären vielleicht eine Hospitalisation oder eine teilstationäre Behandlung, wobei der zu erwartende Nutzen aus Sicht des Unterzeichnenden eher gering sei (IV-Akten S. 714).

E. 3.3

In seinem Addendum vom 12. Februar 2020 wies der Gutachter präzisierend darauf hin, dass die Ansprechrate auf Antidepressiva nicht sehr hoch sei. In der gross angelegten STAR-D-Studie hätten nur etwa ein Drittel der Betroffenen eine Remission erzielt. Zwar sei davon auszugehen, dass durch eine allfällige Augmentation dieses Resultat etwas verbessert werden könnte. Entsprechende Untersuchungen würden aber darauf hinweisen, dass auch bei einer Augmentation der Effekt nicht riesig sei. Wenn man nun bedenke, dass im vorliegenden Fall die depressive Symptomatik schon seit längerem bestehe und von einer Chronifizierung auszugehen sei, so müsse die Chance auf eine Verbesserung nach unten korrigiert werden. Hinzu komme die erwähnte Tendenz, sich auf körperliche Prozesse zu fokussieren und unter Nebenwirkungen zu leiden, was die Behandlung weiter erschweren sollte. Es sei selbstverständlich nicht möglich, diese Faktoren zusammenzurechnen. Insofern sei die Beurteilung der Chance auf eine baldige, wesentliche Verbesserung des Zustandes eine Ermessensfrage. Nach nochmaliger Überlegung sei indessen die Aussage, wonach sich aktuell «keine Behandlungsmassnahmen definieren [liessen], mit der sich in nützlicher Frist mit überwiegend hoher Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit erreichen liesse», hinsichtlich der Ansprechrate etwas pessimistisch. Diese Aussage sei deshalb insofern zu revidieren, als dass unter Berücksichtigung der aufgeführten therapeutischen Optionen die Chance bestehe, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers innert sechs Monaten wesentlich verbessere und dass sich dadurch die Arbeitsfähigkeit um 20-40 Prozent vergrössern lasse.

Kantonsgericht KG Seite 9 von 15

E. 4.1

Vorab ist festzustellen, dass das bei den Akten liegende psychiatrische Gutachten von Dr. med. G. _____ auf dem dem Gutachter vollständig zur Verfügung gestellten Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen, welche fachspezifisch wiedergegeben und ausführlich diskutiert werden, sowie auf einer über dreistündigen Exploration vom 9. Dezember 2019 beruht. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und ist in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge plausibel und absolut überzeugend. Auch die RAD-Ärztin, Dr. med. J. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, räumt in ihrer Stellungnahme vom 4. Februar 2020 (IV-Akten S. 677) ein, dass die Herleitung der Diagnosen im Rahmen des erhobenen Psychostatus sehr gut und nachvollziehbar sei. Allerdings bestehe ein formelles Problem mit dem Gutachten, scheinbar seien zwei Gutachten miteinander vermengt worden. Ausserdem solle sich der Gutachter seine Konklusion auf S. 32 unter Punkt 8.2 ansehen, welche im Widerspruch zu Punkt 7.2 seines Gutachtens stehe. Der von der RAD-Ärztin angesprochene Widerspruch bezieht sich auf die Behandlungsmöglichkeiten des Beschwerdeführers. So führt der Gutachter unter Punkt 7.2 seines Gutachtens aus, dass es durchaus Behandlungsmöglichkeiten gebe. So könne sowohl die depressive Störung wie auch die Angststörung medikamentös behandelt werden. Die Ansprechrate auf die üblicherweise verordneten Antidepressiva sei jedoch häufig nicht sehr hoch. Beim Beschwerdeführer komme hinzu, dass eine gewisse Chronifizierung bestehe und er eine deutliche Tendenz zeige, sich auf körperliche Prozesse zu fokussieren, weshalb eine grössere Chance für das Auftreten von Nebenwirkungen und zugleich auch ein erhöhtes Risiko dafür bestehe, dass diese Nebenwirkungen als sehr hinderlich und einschränkend beurteilt würden.

Diesbezüglich könnte es hilfreich sein, mit dem Beschwerdeführer die psychologischen Aspekte dieses Phänomens im Vorfeld gut zu besprechen, um damit die Compliance allenfalls zu verbessern. Zu diskutieren wäre vielleicht eine Hospitalisation oder eine teilstationäre Behandlung, wobei der zu erwartende Nutzen aus Sicht des Unterzeichnenden eher gering sei (IV-Akten S. 714). Unter Punkt 8.2 kommt der Gutachter sodann zum Schluss, dass sich aktuell keine Behandlungsmassnahmen definieren liessen, mit denen sich in nützlicher Frist mit überwiegend hoher Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit erreichen liesse (IV-Akten S. 717). Im Gegensatz zur RAD-Ärztin kann das Gericht in diesen Ausführungen keinen Widerspruch erkennen. Wenn der Gutachter zunächst in allgemeiner Weise ausführt, dass die Ansprechrate auf die üblicherweise verordneten Antidepressiva normalerweise nicht sehr hoch sei, um dann die ungünstigen Faktoren im konkreten Fall (namentlich die Chronifizierung und die Tendenz, sich auf körperliche Prozesse zu fokussieren) anzuführen und schliesslich zum Schluss zu kommen, dass aktuell keine Behandlungsmassnahmen bestehen, mit der sich mit überwiegend hoher Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit erreichen liesse, so ist dies nachvollziehbar und absolut überzeugend und keineswegs widersprüchlich. Nicht nachvollziehbar ist vielmehr, warum der Gutachter auf Nachfrage der Vorinstanz die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Addendum komplett anders beurteilt wie noch zuvor im Gutachten. Dies umso mehr, als zwischen dem Gutachten und dem Addendum nur gerade zwei Wochen liegen und auch keine neuen medizinischen Erkenntnisse hinzugekommen sind. Im Gegenteil: Auch im Addendum führt der Gutachter unter Hinweis auf die STAR-D-Studie und entsprechende Unter-

Kantonsgericht KG Seite 10 von 15 suchungen aus, dass die Ansprechrate auf Antidepressiva nicht sehr hoch sei; nur etwa ein Drittel der Betroffenen hätten eine Remission erzielt. Im konkreten Fall müsse diese Chance auf Verbesserung nach unten korrigiert werden, da von einer Chronifizierung auszugehen sei und der Beschwerdeführer die deutliche Tendenz habe, sich auf körperliche Prozesse zu konzentrieren und unter Nebenwirkungen zu leiden. Wie der Gutachter unter diesen Voraussetzungen zum Schluss kommen kann, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei entsprechender Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um 20 bis 40 Prozent vergrössern lasse, ist nicht einsichtig.

E. 4.2

Wie dem auch sei, entscheidend ist im vorliegenden Fall der Umstand, dass sich weder das Gutachten noch das Addendum zur Durchführbarkeit resp. Zumutbarkeit einer (teil-)stationären Behandlung äussern, so wie sie von der Vorinstanz im Rahmen der Schadenminderungspflicht verlangt wird. Zwar wird unter Punkt 7.2 eine Hospitalisation oder teilstationäre Behandlung zur Diskussion gestellt, gleichzeitig wird aber der zu erwartende Nutzen einer solchen Massnahme vom Gutachter als eher gering beurteilt; ganz zu schweigen von den vom Gutachter verwendeten Termini «wäre» und «vielleicht», die diese Behandlungsmöglichkeit weiter abschwächen (wörtlich: «Zu diskutieren wäre vielleicht eine Hospitalisation oder eine teilstationäre Behandlung, wobei der zu erwartende Nutzen aus Sicht des Unterzeichnenden eher gering ist.»; IV-Akten S. 714). Diese Beurteilung steht im Einklang mit den bisher gemachten Erfahrungen, wurde doch bereits in der Vergangenheit eine stationäre Behandlung des Beschwerdeführers in Betracht gezogen, aber aus persönlichen Gründen nie durchgeführt (vgl. Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, IV-Akten S. 72 und 145: «Auch einer stationären

Behandlung steht A. _____, krankheits- typisch, angstbesessen entgegen.»; Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychothe- rapie, IV-Akten S. 80: «Eine stationäre Behandlung dürfte eher negative Folgen zeigen, da der Versi- cherte dann von seiner Familie [Kleinkinder] getrennt wäre.»). Auch Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mit Fähigkeitsausweis in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin (SAPPM), M. _____, hat in seinem Gutachten vom 14. November 2018 glaubhaft begründet dargelegt, dass der dem Beschwerdeführer empfohlene Rehabilitationsaufenthalt in einer entsprechenden Spezialklinik, sofern es der Kontext zugelassen hätte, theoretisch eine gute Lösung gewesen wäre. Es sei jedoch plausibel, dass sich der Beschwerdeführer in jenem Zustand der Verängstigung und Verunsicherung nicht auf dieses theoretisch ideale Konzept einlassen können. Da insbesondere die sozialen Stressoren weiterhin bestanden hätten, scheine der Beschwerdeführer zum damaligen Zeitpunkt von seinen eigenen Möglichkeiten her durch dieses Angebot überfordert und nicht in der Lage gewesen zu sein, in diesem Zustand seine Frau und die drei Kinder zu verlassen. Es sei also nicht so, dass man dem Beschwerdeführer vorwerfen könne, sich durch das Nicht-Eintretenkönnen auf die stationäre Behandlungsmöglichkeit kategorisch einer Besserung entgegengestellt zu haben (IV-Akten S. 550 und 552). Wie die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ bei dieser Ausgangslage in ihrem Bericht vom 17. Februar 2020 (IV-Akten S. 720) zum Schluss kommen kann, dass dem Beschwerdeführer eine stationäre Therapie ab sofort zumutbar sei und ihm die ganze Zeit über auch zumutbar gewesen wäre, ist unter den gegebenen Umständen nicht nachvollziehbar. Während die Dres. med. K. _____, D. _____ und L. _____ – für die Vergangenheit – einstimmig eine andere Meinung vertreten, lässt Dr. med. G. _____ die Frage der Zumutbarkeit einer (teil-) stationären Behandlung mit seiner äusserst vagen Formulierung gänzlich unbeantwortet. Der RAD-Ärztin kann also nicht gefolgt werden, wenn sie sich bei ihrer Beurteilung auf die gutachterliche Einschätzung beruft. Bleibt zu erwähnen, dass Dr. med. G. _____ in seinem Addendum lediglich die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva thematisiert. Er macht ergänzende Ausführungen zur Ansprechrage

Kantonsgericht KG Seite 11 von 15 auf Antidepressiva und verweist in diesem Zusammenhang auf die STAR-D-Studie und entspre- chende Untersuchungen sowie auf die ungünstigen Faktoren im konkreten Fall. Auf seine Aussage, wonach der zu erwartende Nutzen einer Hospitalisation oder teilstationären Behandlung aus seiner Sicht eher gering sei, kommt er jedoch nicht zurück.

E. 4.3

Auch dem Bericht von Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. März 2020 (IV-Akten S. 736), bei dem der Beschwerdeführer vom 14. Januar 2019 bis 29. Januar 2020 in Behandlung war, lässt sich implizit entnehmen, dass sich eine (teil-) stationäre Behandlung wohl kaum (erfolgreich) durchführen liesse. So beschreibt der Arzt, dass aufgrund von Vermeidung und Sicherheitsverhaltensweisen praktisch keine Normalität mehr in der Lebensführung herrsche. Im Zentrum sei die Angst vor dem Stimulus bzw. der eigenen körperlichen Reaktionen. So könnten laute Geräusche oder die Anwesenheit vieler Menschen, die Vermutung oder Gewissheit von elektromagnetischen Strahlen starke, körperlich betonte Reaktionen auslösen. Es könne zu einer enormen Müdigkeit und Erschöpfung kommen, die dann blockiere und erst nach einer Erho- lungsphase von Stunden bis Tagen überwindbar sei. Dies habe zu einem ausgeprägten Regelwerk im Alltag

geführt, das kaum veränderbar sei bzw. der Versuch einer Veränderung führe zu Reaktionen, die dann wieder blockieren. Dadurch seien auch Versuche gescheitert, kleine Veränderungen im Sinne eines gestuften Vorgehens zu etablieren. Es sei nicht gelungen, den Beschwerdeführer zu einem aktiven Partner in der Bewältigung seiner Störung zu machen, was Veränderung schwierig mache. Es sei aber auch nicht wirklich gelungen, ein umsetzbares Veränderungsmodell zu entwickeln. Im Verlauf sei klargeworden, dass im gegebenen Setting angesichts der generellen Problematik und der ausgeprägten emotionalen und körperlichen Reaktionen eine weitere Arbeit nicht mehr fruchtbar sei. In einem weiteren Bericht vom 3. August 2020 (IV-Akten S. 779-793) verweist Dr. med. H._____ darauf, dass eine hohe Erschöpfbarkeit bestehe, die oft einen lähmenden Charakter annehme; dann gehe nichts mehr. Diese Zustände könnten durch Alltagsaktivitäten ausgelöst werden. Auch werde eine hohe Empfindlichkeit auf elektromagnetische Strahlung (v.a. W-LAN) wahrgenommen, welche dann zu unangenehmen körperlichen Symptomen führe. Die Anwesenheit anderer werde schlecht ausgehalten und in der Regel vollständig vermieden. Ein üblicher Alltag, auch ohne spezielle Belastungen, sei auch im häuslich-familiären Bereich nicht mehr möglich. Da es nicht gelungen sei, den Beschwerdeführer zu einem aktiven Partner in der Bewältigung seiner Störung zu machen und ein umsetzbares Veränderungsmodell zu entwickeln, habe er die Verantwortung für eine Weiterführung der Therapie im ambulanten Rahmen nicht mehr übernehmen können. Angesichts der komplexen Symptomatik bestehe aus seiner Sicht die Notwendigkeit einer (teil-) stationären Behandlung. Auch wenn Dr. med. H._____ eine (teil-) stationäre Behandlung als notwendig erachtet, äussert er sich – wie schon der Gutachter – nicht dazu, ob sich der Beschwerdeführer auf eine solche überhaupt einlassen könnte. Angesichts der von ihm beschriebenen konkreten Umstände (Vermeidung und Sicherheitsverhaltensweisen, Angst vor dem Stimulus bzw. der eigenen körperlichen Reaktionen, ausgeprägtes Regelwerk im Alltag, Blockaden beim Versuch von selbst kleinen Veränderungen im Sinne eines gestuften Vorgehens) muss davon ausgegangen werden, dass sich eine (teil-) stationäre Behandlung aktuell wohl kaum erfolgreich durchführen liesse.

E. 4.4

Auch Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, äussert sich in seinem Bericht vom 24. April 2020 (IV-Akten S. 743-744) dahingehend, es sei nicht damit zu rechnen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in den nächsten Jahren verbessern werde. Namentlich könne mit einer Hospitalisation keine Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielt werden, vielmehr bestehe das Risiko eines gegenteiligen Effekts im Sinne einer noch

Kantonsgericht KG Seite 12 von 15 grösseren psychischen Desorganisation, da der Versicherte zwischenmenschliche Kontakte und soziale Interaktionen schlecht vertrage und paralyisierende Ängste präsentiere, wenn er sich in einer Umgebung bewege, die er nicht kontrolliere. Eine Hospitalisation sei daher nicht indiziert. Am 18. September 2020 reichte Dr. med. I._____ einen weiteren Bericht zu den Akten (IV-Akten S. 849-853). Er berichtet unter anderem, dass seit Beginn der Behandlung durch ihn keine positive Veränderung eingetreten sei. Die sozialen Kontakte des Beschwerdeführers seien sehr limitiert, in Anwesenheit anderer Personen verspüre der Beschwerdeführer grosse Ängste. Selbst wenn die Familie Besuch empfangen, isoliere oder «verstecke» er sich. Er verlasse das Haus nur in absoluten Notfällen. Einkäufe zu erledigen bedeute für ihn grossen Stress; die

Vorstellung, dass er einer ihm unbekanntem Person begegnen könnte, ängstige ihn. Andere Formen sozialer Interaktion seien quasi inexistent. Der Beschwerdeführer behauptete auch, die negative Energie seiner Mitmenschen zu spüren. Seit dem Burnout im Jahr 2014 habe es trotz psychiatrischer Behandlung (auch mit Anti-depressiva) praktisch keine positive Entwicklung gegeben und es sei auch nicht zu erwarten, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers in Zukunft verbessere. Die aktuelle unterstützende Behandlung sei fortzuführen. Stationäre Massnahmen seien jedoch seiner Meinung nach unwirksam resp. nicht indiziert. Beim Beschwerdeführer, der die Beziehung und den Kontakt zu anderen nur schwer ertragen könne und paralyisierende Ängste an Orten verspüre, die er nicht kontrollieren könne, bestehe das Risiko, dass die stationäre Massnahme eine psychische Dekompensation verursache (vgl. auch die Berichte vom 24. April 2020, IV-Akten S. 868-869, und 30. September 2020, IV-Akten S. 867).

E. 4.5

Eine andere Meinung vertritt indessen der RAD-Arzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 9. Juli 2020 (IV-Akten S. 767-774). Der RAD-Arzt stellt zwar unter anderem fest, dass eine Behandlung unter Orientierung an anerkannten Leitlinien nicht auszumachen sei, und zwar weder im Zusammenhang mit der depressiven Störung noch mit der Angststörung. Durch entsprechende Behandlungen sei jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verbesserung beider Störungen und des Gesundheitszustandes und damit einhergehend auch der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Die Wahl des Behandlungssettings erscheine dabei nachrangig, wenngleich aufgrund der bisherigen Erfahrungen bei medikamentösen Anpassungen und der Erfahrung während der zuletzt durchgeführten ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung anfänglich zumindest eine teilstationäre / tagesklinische Behandlung empfohlen werde. Es sei allerdings darauf hinzuweisen, dass eine Verbesserung nur dann zu erreichen sein werde, wenn der Versicherte bereit sei, sein Verhalten zu verändern. Aufgrund des anzunehmenden Leistungsbegehrens und sekundären Krankheitsgewinns sowie des Verlaufs der zuletzt durchgeführten ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung erscheine es fraglich, ob eine solche Bereitschaft ausreichend vorhanden sei. Medizinisch-theoretisch sei jedoch unter der Voraussetzung einer ausreichenden Bereitschaft zur Veränderung des Verhaltens und durch eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Orientierung an anerkannten Leitlinien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Auch eine stationäre Behandlung wäre dem Versicherten zumutbar, allerdings wäre auch der Erfolg einer solchen Behandlung von der Einstellung des Versicherten gegenüber dieser Form der Behandlung mit allen seinen Möglichkeiten, aber auch Einschränkungen abhängig. Betreffend Compliance sollten im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung entsprechende Bestimmungen der Medikamentenspiegel durchgeführt werden. Am 16. Oktober 2020 reichte Dr. med. N. _____ eine weitere Stellungnahme zu den Akten (IV-Akten S. 879-881), in der er zum Schluss kam, dass keine neuen relevanten medizinischen Tatsachen aufgetreten seien. Eine stationäre Behandlung sei dem Beschwerdeführer zwar weiterhin

Kantonsgericht KG Seite 13 von 15 zumutbar, aufgrund von dessen Einstellung gegenüber einer solchen Behandlung sei jedoch ein Erfolg nicht zu erwarten, zumal er darin von seinem behandelnden Psychiater unterstützt werde und von letzterem à priori eine

Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch eine solche Behandlung vorhergesagt werde. Allerdings seien den Berichten des behandelnden Psychiaters auch keine Vorschläge zu entnehmen, wie die Behandlung verbessert werden könnte, obwohl seit Behandlungsbeginn eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht auszumachen sei. Insofern erscheine es durchaus angemessen, die bisherige Therapie kritisch zu hinterfragen. In seinem Bericht vom 30. April 2021 (IV-Akten S. 1002-1003) bestätigte Dr. med. N._____ seine bisherige Einschätzung. Der Meinung von Dr. med. N._____ ist jedoch entgegenzuhalten, dass sich im vorliegenden Verfahren nicht primär die Frage stellt, ob der Beschwerdeführer bereit ist, sich auf eine (teil-) stationäre Behandlung einzulassen, sondern vielmehr, ob er überhaupt dazu in der Lage ist, sich darauf einzulassen. Zu dieser Frage wird von Dr. med. N._____ aber keine Stellung bezogen. Es ist aktenkundig und wird von Dr. med. N._____ auch nicht bestritten, dass der Beschwerdeführer ein ausgeprägtes Regelwerk im Alltag entwickelt hat, von dem er kaum abweichen kann. Er hat Angst vor dem Stimulus und der Versuch einer Veränderung führt zu Reaktionen, die ihn für mehrere Stunden bzw. Tage blockieren können. Die Anwesenheit anderer wird schlecht vertragen, weshalb er nicht nur Mühe bekundet, Besuch zu empfangen und auf Besuch zu gehen, sondern auch sich ausserhalb seines Hauses zu bewegen, um beispielsweise Einkäufe zu erledigen. Der Beschwerdeführer legt ein ausgeprägtes Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten an den Tag, geht sozialen Interaktionen weitgehend aus dem Weg und entwickelt paralyisierende Ängste an Orten, die er nicht kontrollieren kann. Wie er sich unter diesen Umständen auf ein (teil-) stationäres Setting in einem unbekanntem Umfeld und mit Kontakt zu zahlreichen unbekanntem Leuten (Fachpersonen wie Patienten) sollte einlassen können bzw. dass er sich bewusst einem solchen Therapiesetting in vorwerfbarer Weise widersetzt, ist nicht einsichtig und wird auch von Dr. med. N._____ nicht begründet. Bleibt zu erwähnen, dass Dr. med. N._____ der erste und einzige Arzt ist, der ein anzunehmen- des Leistungsbegehren und einen sekundären Krankheitsgewinn erwähnt. Zudem hat er den Patienten nicht persönlich untersucht.

E. 4.6

Damit ist zusammenfassend festzustellen, dass, auch wenn eine Hospitalisation oder teilstationäre Behandlung womöglich die geeignetste Massnahme wäre, um dem Leiden des Beschwerdeführers zu begegnen, ihm diese aktuell nicht zugemutet werden kann.

E. 5

Es wurde bereits erwähnt, dass die Zumutbarkeit einer Massnahme in Relation einerseits zur Tragweite der Massnahme, andererseits zur Bedeutung der in Frage stehenden Leistung zu beurteilen ist (vgl. zuvor E. 2.2). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer bei einem Klinikaufenthalt während längerer Zeit von seiner Familie (erwerbstätige Ehefrau und drei minderjährige Kinder) getrennt wäre, was ihn bereits in der Vergangenheit davon abgehalten hat, sich (teil-) stationär behandeln zu lassen. Würde man nun mit der Vorinstanz und gestützt auf das Addendum vom 12. Februar 2020 davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der therapeutischen Optionen eine

Kantonsgericht KG Seite 14 von 15 Arbeitsfähigkeit von 20 bis 40 Prozent erreichen könnte, würde dies an seinem Leistungsanspruch nichts ändern, hätte er doch bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 71 Prozent nach wie vor Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (Einkommen ohne gesundheitliche Einschränkung: CHF 93'080.-;

Einkommen mit gesundheitlicher Einschränkung bei einer Arbeitsfähigkeit von 40 Prozent: CHF 26'962.-; Erwerbseinbusse: CHF 66'118.-). Bleibt zu erwähnen, dass sich für die Invaliditätsbemessung in solchen Konstellationen das Heranziehen des Mittelwertes rechtfertigt, welcher von den beiden Extremwerten am wenigsten abweicht (vgl. Urteil EVGer I 822/04 vom 21. April 2005 E. 4.4 mit zahlreichen weiteren Hinweisen; Urteil BGer 9C_280/2010 vom 12. April 2011 E. 4.2, publiziert in Pra 2011 Nr. 91 S. 651). Bei einer Arbeitsfähigkeit von 30 Prozent (Mittelwert) würde der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers gar bei 78,3 Prozent liegen. Da sich mit den von der Vorinstanz abgemahnten Behandlungsmassnahmen (Hospitalisation oder teilstationäre Behandlung), die einen grossen Eingriff in die persönliche Integrität des Beschwerdeführers mit sich bringen, keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreichen lässt, die sich auch auf den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auswirkt, erweist sich die vom Beschwerdeführer verlangte (teil-) stationäre Behandlung auch unter diesem Aspekt als nicht zumutbar.

E. 6

Aus dem Gesagten folgt, dass dem Beschwerdeführer eine Hospitalisation oder teilstationäre Behandlung aktuell nicht zugemutet werden kann, weshalb seine Rente zu Unrecht zufolge Verletzung der Schadenminderungspflicht eingestellt wurde. Die vorliegende Beschwerde ist somit gutzuheissen und die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 6. Mai 2021 aufzuheben. Der Beschwerdeführer hat somit über den 30. Juni 2021 hinaus Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung.

E. 7.1

Die Kosten des vorliegenden Verfahrens in der Höhe von CHF 800.- werden der unterliegenden Vorinstanz auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von CHF 800.- wird diesem zurückerstattet.

E. 7.2

Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist angesichts des getätigten Aufwandes (einfacher Schriftenwechsel) sowie der Komplexität der Angelegenheit gestützt auf die Honorarnote von Rechtsanwalt Daniel Zbinden vom 24. November 2021 auf CHF 2'337.80 festzusetzen, wobei dieser Betrag Honorar (9 Stunden 15 Minuten à CHF 250.-, ausmachend CHF 2'312.50) und Auslagen (CHF 25.30) des Rechtsvertreters umfasst, zuzüglich der Mehrwertsteuer von CHF 180.- (7,7 Prozent von CHF 2'337.80). Der Totalbetrag von CHF 2'517.80 geht zu Lasten der Vorinstanz. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird gutgeheissen und die Verfügung der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg vom 6. Mai 2021 aufgehoben. II. Es werden Verfahrenskosten von CHF 800.- erhoben. Diese werden der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg zur Bezahlung auferlegt.

Kantonsgericht KG Seite 15 von 15 III. A. _____ wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von CHF 800.- zurückerstattet. IV. A. _____ wird zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg eine Parteientschädigung für Honorar und Auslagen des Rechtsvertreters von CHF 2'337.80, zuzüglich der Mehrwertsteuer von CHF 180.- (7,7 Prozent von CHF 2'337.80), ausmachend insgesamt CHF 2'517.80, zugesprochen. V. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder

verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 8. Dezember 2021/dki
Der Präsident: Der Gerichtsschreiber:

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