

# **VS\_GERICHTE S1 17 287 vom 30. August 2018**

VS Kantonsgericht, 2018-08-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1 17 287](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_17_287)

FR: VS\_GERICHTE S1 17 287 du 30 août 2018

IT: VS\_GERICHTE S1 17 287 del 30 agosto 2018

## **Regeste**

S1 17 287 URTEIL VOM 30. AUGUST 2018 Kantonsgericht Wallis  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung Besetzung: Dr. Thierry Schnyder, Präsident;  
Eve-Marie Dayer-Schmid und Thomas Brunner, Kantonsrichter/in; Renata Kreuzer,  
Gerichtsschreiberin in Sachen X \_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch  
Rechtsanwalt M \_\_\_\_\_, gegen KANTONALE IV-STELLE, 1950 Sitten,  
Beschwerdegegnerin (Restarbeitsfähigkeit / Rentenanspruch) Beschwerde gegen die  
Verfügung vom 8. November 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

(...) 2.1 In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Er sei vom Gutachter Dr. F. „durch- geschleust“ worden, ohne sich detailliert zu den vorgenommenen Untersuchungen äussern zu können. Dies widerspreche der bundes- gerichtlichen Rechtsprechung in BGE 127 I 54. 2.2 In BGE 127 V 54 äusserte sich das Bundesgericht zur nur aus- nahmsweisen Zulässigkeit eines psychiatrischen Gutachtens ohne persönliche Untersuchung des Betroffenen. In casu fand eine solche statt, sie dauerte 4 Stunden. Das Gutachten wurde dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zudem im Vorentscheidverfahren zur Kenntnis gebracht und es wurde ihm eine Frist zur Stellungnahme angesetzt (a.a.O. Doc 86). Er verzichtete ausdrücklich darauf (a.a.O. Doc 88). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs kann in diesem Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht erkannt werden.

108 RVJ / ZWR 2019 3.1 Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich der angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrens- beteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwer- deinstanz nur geprüft, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 E. 1a). 3.2 Streitig und zu prüfen ist somit die Frage, ob die Invalidenversicherung die Untersuchungsmaxime verletzt und die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers gestützt darauf falsch beurteilt hat. 4.1 Als Invalidität gilt die aufgrund eines Geburtsgebrechens, Unfalls oder einer Krankheit voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 1 ATSG). Nicht jede Invalidität begründet einen Anspruch auf eine Rente. Erforderlich ist eine gewisse Art und Schwere (Art. 4 Abs. 2 IVG). Seit dem 1. Januar 2004 besteht bei einem Invali- ditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen von mindestens 50 % ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % ein

solcher auf eine ganze Rente (Art. 28 IVG). 4.2 Gegenstand der Invalidenversicherung ist mithin nicht der Gesundheitsschaden an sich, sondern seine wirtschaftliche Auswirkung. In diesem Sinne ist der Invaliditätsbegriff ein juristischer und kein medizinischer Begriff (BGE 102 V 166). Dennoch sind Verwaltung und Richter zur Bemessung des Invaliditätsgrades auf die Angaben von Ärzten angewiesen. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte bilden sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; 115 V 134 E. 2). 4.3 Aufgrund des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet

RVJ / ZWR 2019 109 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 Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgeben worden ist, in der Darlegung 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 die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten, sondern deren Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2001 S. 113 E. 3a). Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen 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 (AHI 2001 S. 113 E. 3). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb). Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein

110 RVJ / ZWR 2019 strenger Massstab anzulegen (BGE 123 V 351 E. 3b; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2; AHI 2001 S. 155 E. 3b ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung

eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur die geringsten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Bundesgerichtsurteil 9C\_495/2012 vom 4. Oktober 2012 E. 2.3). Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da diese Fachpersonen sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen ihre Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mit zu berücksichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken. Es würde einen Verstoß gegen die Waffengleichheit und somit eine Verletzung von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) bedeuten, die Eignung der Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Weckung derartiger Zweifel von letztlich unerfüllbaren Anforderungen abhängig zu machen. Damit die versicherte Person eine vernünftige Chance hat, ihre Sache dem Gericht zu unterbreiten, ohne gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt zu sein, darf bei Bestand solcher Zweifel nicht aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte einerseits und der versicherungsinternen medizinischen Berichte andererseits eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden (BGE 135 V 465 E. 4.5 und 4.6).

RVJ / ZWR 2019 111 5.1 Die IV-Stelle stützte sich bei ihrer Verfügung zur Festsetzung der Arbeitsfähigkeit auf die Beurteilung ihres RAD-Arztes Dr. D., der das gesamte Dossier mehrmals gesichtet und den Beschwerdeführer persönlich untersucht hatte und auf das externe Gutachten von Dr. F. Die beiden Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie kamen nach einer ausführlichen Untersuchung (Dr. D. 2¼ Stunden und Dr. F. 4 Stunden) zum Schluss, gegenwärtig sei keine schwerwiegende depressive Störung erkennbar und es bestehe eine 80 %ige bzw. am 21. Juni 2016 eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in der aktuellen, angepassten Tätigkeit. Diese Schlussfolgerung bestätigte auf Beschwerdeebene der RAD-Psychiater Dr. H., der auf die teilweise stark divergierenden Testergebnisse und Diagnosestellungen der beurteilenden und behandelnden Ärzte einging und in nachvollziehbarer Weise aufzeigte, warum die Beschwerdegegnerin dem externen Gutachten von Dr. F. und der Beurteilung des RAD und nicht dem langjährig behandelnden Arzt Dr. B. folgte. Während Dr. B. die Depression als mittelschwer bis schwer und therapieresistent beschrieb, beurteilten Dr. F. und Dr. D. diese - falls überhaupt jemals vorhanden gewesen - als gegenwärtig remittiert. Wie Dr. H. aufzeigte, sind bei einer depressiven Störung mit schweren Episoden lege artis stationäre und halbstationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken mit den entsprechenden Fachärzten in Psychiatrie und Psychotherapie dringend indiziert. Bei den beiden Kliniken, in denen der Beschwerdeführer stationär behandelt worden sei, der I. in J. und der A. handle es sich in

erster Linie um Kliniken zur Behandlung psychosomatischer und neurotischer Störungen und evtl. einer leicht bis mittelgradigen Depression (inkl. Burnout). Bei Vorliegen einer depressiven Störung schweren Ausmasses wäre eine entsprechende erstmalige stationäre Behandlung in einer dafür geeigneten psychiatrischen Klinik zumutbar und indiziert gewesen. Dass dies über die Jahre nie der Fall gewesen sei, deute darauf hin, dass die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit schweren Episoden, verbunden mit Therapieresistenz, nie im Vordergrund gestanden habe. Dr. B. brachte am 3. Juni 2018 dagegen vor, in den Zeiten der Depressionsepisoden schweren Ausmasses habe auch eine nicht zu unterschätzende Suizidgefährdung vorgelegen. Leider habe jeweils wegen den äusseren Umständen keine stationäre psychiatrische Behandlung durchgeführt werden können. Der Schweregrad der Depression sei aufgrund genau umschriebener Kriterien der ICD-Klassifikation beurteilt worden. Dabei spiele es keine Rolle, ob stationär-psychiatrisch

112 RVJ / ZWR 2019 behandelt werde oder nicht. Die Einschätzung von Dr. H. sei willkürlich und entspreche nicht der ICD-Klassifikation. Die Behandlungen in J. und in A. hätten unter Leitung eines Psychiaters stattgefunden. Momentan gehe es dem Patienten sehr schlecht, eine stationäre Behandlung könnte bald nötig sein. Es gehe aber nicht an, dass quasi die IV bestimme, wo diese stattzufinden habe. 5.2 Gemäss neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung steht die Therapierbarkeit eines psychischen Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegen. Die Behandelbarkeit für sich allein betrachtet, sagt nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung, so auch eines depressiven Leidens, aus. Entscheidend ist vielmehr die Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, was sich nach einem weitgehend objektivierten Massstab beurteilt (BGE 143 V 409 E. 4.2.1). Sämtliche psychischen Leiden, namentlich auch depressive Störungen, sind zu diesem Zweck einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen. Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen (BGE 143 V 418 E. 7.1). 5.3 Im Gutachten vom 9. August 2016 beschrieb Dr. F. den Tagesablauf des Beschwerdeführers: „Er sei gegen 04:30 Uhr G. Gegen 07:00 werde er müde und mache 1 Stunde Pause. Dabei lese er Zeitung, trinke Kaffee und gehe spazieren. Von ca. 08:30 Uhr bis maximal 09:30 Uhr erledige er Büroarbeiten. Dann leide er unter Konzentrations- und Sehstörungen sowie Kopfschmerzen. Er sei maximal 4 Stunden pro Tag am Arbeitsplatz während maximal 5 Tagen pro Woche. Danach mache er „nichts mehr“. Er koche für seine Familie, treffe sich mit Kollegen, lese Zeitung, trinke Kaffee und gehe spazieren. Er spiele regelmässig 2 Mal pro Woche P., jeweils 3 Stunden am Nachmittag. Er fahre seit ca. einem Monat mit seinem xxx durch die Schweiz. Er habe auch 2 Mal pro Woche Kontakt mit einer sehr guten Kollegin. Wegen ihr unterstelle ihm seine Ehefrau eine aussereheliche Beziehung. Er nehme auch an den 2-mal-jährlichen Treffen der „Ehemaligen“ in der A. teil (zuletzt vor 14 Tagen in K.). Gegen 20:00 Uhr gehe er zu Bett.“

RVJ / ZWR 2019 113 Für das erkennende Gericht ist dieser Tagesablauf nicht vereinbar mit der von Dr. B. für dieselbe Zeit diagnostizierten mittelschweren bis schweren Episode einer

rezidivierend depressiven Störung mit phasen- weise Tendenz zur Verschlechterung und ernsthafter Suizidalität (vgl. Bericht Dr. B. vom 20. November 2017, Ziffer 3). Zwei Monate nach der IV-Anmeldung wurde mit dem Beschwerdeführer ein Assessmentgespräch durchgeführt. Als Fazit ergab sich, dass aus finanziellen Gründen eine Vorpensionierung nicht möglich sei und der Versicherte eine 40 %-Tätigkeit im eigenen Betrieb anstrebe. Auf Beschwerde- ebene teilte Dr. B. am 3. Juni 2018 mit, in den Zeiten der Depressions- episoden schweren Ausmasses habe auch eine nicht zu unterschät- zende Suizidgefährdung vorgelegen. Leider habe wegen den äusseren Umständen keine stationäre psychiatrische Behandlung durchgeführt werden können. Diese Angaben des Beschwerdeführers und des behandelnden Psychiaters weisen stark darauf hin, dass der Beurtei- lung von Dr. F., wonach die Limitierung des Aktivitätsniveaus bezüglich der beruflichen Aktivitäten durch die versicherte Person und deren Selbsteinschätzung begründet sei, zuzustimmen ist. Bei der Würdigung der von Hausärzten oder behandelnden Ärzten vertretenen Stand- punkte ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass sie aufgrund ihrer besonderen Stellung zu ihren Patienten mitunter in Zweifelsfällen eher zu deren Gunsten aussagen. Sie haben vorweg selten Gründe, die Angaben ihrer Patienten in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen. In der Regel vertrauen sie ihren Patienten, was im Auftragsver- hältnis auch erwünscht ist, jedoch ihre Objektivität beeinträchtigt (BGE 125 V 353 E. 3a/cc; Bundesgerichtsurteil I 419/03 vom 22. Oktober 2003 E. 4). Demgegenüber steht ein unbeteiligter Experte in einer anderen Position gegenüber dem Versicherten, was eine neutrale und objektive Schlussfolgerung ermöglicht. Insgesamt zeigt die psychia- trische Begutachtung von Dr. F. ein überzeugendes Bild des psy- chischen Zustandes des Beschwerdeführers auf. Die beiden RAD- Psychiater Dr. D. und Dr. H. vermochten nachvollziehbar aufzuzeigen, dass der behandelnde Psychiater und die begutachtenden Fachärzte die Schwere des Krankheitsbildes des Beschwerdeführers unterschiedlich bewerten, was die RAD-Ärzte auf die affektive Nähe und Bindung eines jahrelang betreuenden Therapeuten im Gegensatz zu einem unabhängigen Gutachter zurückführten. Die vorliegende Expertise von Dr. F. lässt auch unter Berücksichtigung der Praxisände- rung des Bundesgerichts eine schlüssige Beurteilung der Auswirkungen 114 RVJ / ZWR 2019 des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auf seine Arbeits- fähigkeit zu. Ihr ist voller Beweiswert zuzuerkennen, die Einholung eines neuen oder ergänzenden Gutachtens zur Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens erübrigt sich (BGE 143 V 418 E. 7.1).

## **E. 6**

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Renten- anspruch zu Recht gestützt auf das Gutachten von Dr. F. und die Stellungnahmen der beiden RAD-Psychiater Dr. D. und Dr. H. verneint. Die angefochtene Verfügung vom 8. November 2017 erweist sich somit als rechters, die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

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