

Invalidenversicherung - KGE (Sozialversicherungsrechtliche Abteilung) vom 30. August 2018 in Sachen X. c. IV-Stelle S1 17 287

Psychische Leiden; strukturiertes Beweisverfahren

- Sämtliche psychischen Leiden, namentlich auch depressive Störungen, sind einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen (E. 5.2).
- 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 (E. 5.2).

Maladies psychiques; procédure structurée d'administration des preuves

- La procédure structurée d'administration des preuves s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques (E. 5.2).
- Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Cela dépendra du besoin concret de preuve. Cette notion de nécessité fait défaut dans les cas où des résultats clairs ainsi que des appréciations émanant de médecins spécialistes concernant des diagnostics et des incidences fonctionnelles reposent sur des expertises et des rapports médicaux probants (consid. 5.2).

Sachverhalt

A.a Der xxx geborene X., gelernter G., wurde am 5. Mai 2014 von seiner Taggeldversicherung zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet (IV-Dossier Doc 3). Der selbständige G. war seit dem 22. November 2013 aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung zu 100 % arbeitsunfähig. Aus einem Bericht der A. vom 23. April 2014 (a.a.O. Doc 13) über den stationären Aufenthalt vom 17. März 2014 bis zum 19. April 2014, ging hervor, dass der Patient von seinem behandelnden Psychiater Dr. B. zur psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen worden war. Die Diagnosen der Klinik lauteten

- Mittelschwere bis schwere Episode einer rezidivierend depressiven Störung (F33.1)
- Burnout-Syndrom (E11.90)
- Diabetes mellitus Typ 2 (G47.31)
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (G47.31)

Während des Aufenthaltes in der Höhenklinik hatte der körperliche und psychische Zustand sich deutlich verbessert. Dr. B. teilte am 22. Mai 2014 (a.a.O. Doc 18 und 19) mit, der Patient sei seit dem Jahr 1990 bei ihm in Behandlung. Damals habe eine schwere Depression vorgelegen. In seiner Ehe habe es Probleme gegeben. Mittels einer Egetherapie und einer integriert-psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unter Einsatz auch von Psychopharmaka sei eine Besserung eingetreten. Eine zweite depressive Episode habe es in den Jahren 1994 bis 1996 gegeben und dann erneut im Jahr 2004. Zwischenzeitlich sei auch ein Diabetes mellitus aufgetreten. Seit 2011 stehe der Patient ununterbrochen bei ihm in Behandlung. Die Depressionen seien seither nie mehr verschwunden und hätten im letzten Jahr stark zugenommen. Es seien auch mehrere stationäre Behandlungen notwendig gewesen. Momentan sei der Patient noch zu 80 % arbeitsunfähig. Als G. sei keine Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten. In einer angepassten Tätigkeit könne er möglicherweise noch ein Arbeitspensum von 50 % erbringen.

A.b Die IV führte am 8. Juli 2014 ein Assessment-Gespräch durch (a.a.O. Doc 24). Als Fazit ergab sich, dass aus finanziellen Gründen eine Vorpensionierung nicht möglich sei und der Versicherte eine 40 %-Tätigkeit im eigenen Betrieb anstrebe.

Dr. B. schrieb am 26. Oktober 2014 (a.a.O. Doc 32) zuhanden der IV, der Patient vertrage weder körperlichen noch psychischen Stress, sonst komme es zu schweren depressiven Verstimmungen. In einer angepassten Tätigkeit in der G. (Lieferdienst, Büro und vereinzelt G.) habe eine 35 %ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Mit einer weiteren Verbesserung sei nicht zu rechnen. Die Leitung des Betriebes sei vom O. übernommen worden.

A.c Die IV-Stelle legte das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst RAD vor und Dr. C., Facharzt für Allgemeine Medizin FMH empfahl am 6. November 2014 (a.a.O. Doc 33) eine Beurteilung durch den RAD-Psychiater Dr. D., der den Versicherten für den 12. März 2015 zu einer psychiatrischen Untersuchung aufbieten liess. In seinem Untersuchungsbericht vom 30. März 2015 (a.a.O. Doc 37) hielt Dr. D. fest, gegenwärtig sei keine schwerwiegende depressive Störung erkennbar. Unter Zugrundelegung der Vorgeschichte sei allenfalls von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit schwerwiegend beeinträchtigen könnte, es liege eine

80 %ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen, bereits angepassten Tätigkeit vor.

Mit Vorentscheid vom 26. Juni 2015 (a.a.O. Doc. 51) stellte die IV ihrem Versicherten für die Zeit vom 1. November 2014 (Ablauf der einjährigen Wartezeit) bis zum 31. Januar 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 82 % eine ganze Rente, für die Zeit vom 1. Februar 2015 bis zum 30. Juni 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 65 % eine Dreiviertelsrente und ab dem 1. Juli 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 20 % die Einstellung der Rente in Aussicht. Dagegen erhob X. am 25. Juli 2015 (recte: 25. August 2015) seine Einwände (a.a.O. Doc 60). Sein Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert. Als Beweismittel reichte er einen neuropsychologischen Abklärungsbericht des Psychiatriezentrum E. vom 10. August 2015 (a.a.O. Doc 58) und eine Stellungnahme von Dr. B. vom 24. August 2015 (a.a.O. Doc 59) zu den Akten. Das E. empfahl dringend eine Reduktion des Arbeitspensums. Dr. B. teilte mit, entgegen der Beurteilung durch Dr. D. könne von einer Remission der Depression keine Rede sein. Die Testpsychologischen Untersuchungen hätten deutlich symptomatische Ergebnisse gezeigt. Aufgrund des schwer einstellbaren Diabetes mellitus sei die medikamentöse Behandlung der Depression erschwert. Die Depressivität, die Angstsymptomatik und insbesondere die kognitiven Einbussen seien stark stressabhängig. Deshalb sei die Belastbarkeit massiv eingeschränkt und ein höheres Arbeitspensum als 35 % in einer angepassten Tätigkeit sei nicht denkbar. Die IV-Stelle legte die beiden Berichte dem RAD-Arzt Dr. D., zur Stellungnahme vor. Dieser erachtete eine externe psychiatrische Begutachtung als sinnvoll.

A.d Nachdem der Versicherte einem ersten Aufgebot zu einer psychiatrischen Begutachtung bei Dr. F., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nicht Folge geleistet hatte, wurde er von der IV-Stelle ermahnt und für den 21. Juni 2016 erneut aufgeboten. Die Untersuchung fand am 21. Juni 2016 zwischen 8:50 Uhr und 12:50 Uhr statt und Dr. F. erstattete das Gutachten am 9. August 2016 (a.a.O. Doc 73). Er stellte die Diagnose einer

- Neurasthenie (F48.0)

bei depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, F33.4)

bei akzentuierten Persönlichkeitszügen

bei psychosozialen Belastungen

In seine Beurteilung zog Dr. F. die Austrittsberichte der stationären Aufenthalte, die Arztberichte von Dr. B., die RAD-Berichte, den Assessment-Bericht sowie den neuropsychologischen Bericht des E. mit ein. Er erhob eine ausführliche Anamnese und führte verschiedene Tests durch. Letztere wiesen auf den Verdacht einer depressiven Störung hin, zeigten allerdings eine undifferenzierte „alles ist schlecht Haltung“ und die Möglichkeit einer Aggravation (möglicherweise sogar Simulation) bei exzentrischem und autistischem Verhalten (S. 17 des Gutachtens). Dr. F. hielt fest, die von Dr. B. gestellten Diagnosen schlossen einander teilweise gemäss Definition der ICD 10 aus. In seinen Berichten stünden vor allem die subjektiven Beschwerden im Vordergrund. Die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit seien nicht kritisch differenziert nachvollziehbar und könnten nicht bestätigt werden. Sie seien als persönliche Meinung einer behandelnden Fachperson zur Kenntnis zu nehmen. Die fachlichen Einschätzungen der A. vom April 2014, des RAD-Psychiaters vom März 2015 und des E. vom August 2015 enthielten objektivierbare psychopathologische Befunde, die sich allerdings in der aktuellen Untersuchung am 21. Juni 2016 nicht mehr oder maximal sehr leicht ausgeprägt, gezeigt hätten. Die ICD 10 Kriterien einer depressiven Episode F32/33 seien nicht (mehr) erfüllt. Sie könnten auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund der Angaben in den Akten nachvollzogen werden. Die mit der diagnostizierten Neurasthenie verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien gar nicht (bis maximal sehr leicht) ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätsniveaus durch die versicherte Person sei durch deren Selbsteinschätzung begründet und eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich (S. 22 des Gutachtens). Es sei eine aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit vorhanden. Ab dem 21. Juni 2016 sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit mehr zu begründen. Davon könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits seit März 2015 (klinische Untersuchung durch Dr. D.) ausgegangen werden.

Gestützt auf das Gutachten hielten die RAD-Ärzte Dr. D. und Dr. C. an ihrer Beurteilung vom 8. April 2015 fest (a.a.O. Doc 75 und 77).

Mit Vorentscheid vom 22. Februar 2017 (a.a.O. Doc 78) sprach die IV-Stelle ihrem Versicherten die gleichen Leistungen zu wie bereits am 26. Juni 2015 und hielt neu fest, ab dem 21. Juni 2016 betrage der

Invaliditätsgrad 0 %. X. erhob am 21. März 2017 seine Einwände (a.a.O. Doc 80). Der Vorentscheid berücksichtige die ärztlichen Gutachten von Dr. B. in keiner Weise. Ein angeblicher Untersuchungsbericht vom 21. Juni 2016 sei weder dem Versicherten noch dessen Rechtsvertreter zur Kenntnis gebracht worden. Als Beweismittel wurde ein Schreiben von Dr. B. vom 16. März 2017 eingereicht, in dem dieser an seinen Diagnosen sowie der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 35% festhielt.

B. Mit Verfügung vom 8. November 2017 bestätigte die IV-Stelle den Vorentscheid.

C. Dagegen erhob X. am 5. Dezember 2017 Beschwerde bei der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis. Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Weiterausrichtung der IV-Rente. Es sei festzustellen, dass die Restarbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht 35 % betrage. Dr. B. habe sich in seinem Bericht vom 20. November 2017 ausführlich mit dem angeblichen Gutachten von Dr. F. auseinandergesetzt. Die Diagnose einer Neurasthenie sei nicht haltbar. Dr. F. habe verschiedene, offensichtlich vorhandene Symptome nicht berücksichtigt, was die abweichenden Testresultate erkläre. Die Depression sei nicht remittiert, der Beschwerdeführer werde nach wie vor hochdosiert antidepressiv behandelt. Die angefochtene Verfügung sei ungenügend begründet, die IV-Stelle setze sich nicht mit den Feststellungen und Schlussfolgerungen von Dr. B. auseinander, sondern begnüge sich damit, auf den fragwürdigen Bericht von Dr. F. abzustellen. Indem dem Beschwerdeführer keine Gelegenheit gegeben worden sei, am Gutachten mitzuwirken oder dazu Stellung zu nehmen, sei sein verfassungsmässiges Recht auf rechtliches Gehör verletzt worden (BGE 127 I 54). Die IV-Stelle, die sich auf einen einzigen Gutachter abstütze, der zu wissenschaftlich falschen Schlussfolgerungen gelangt sei, ver falle in Willkür. Mit Beschwerdeergänzung vom 20. Dezember 2017 machte X. darauf aufmerksam, dass nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den psychischen Leiden ein strukturiertes Beweisverfahren hätte durchgeführt werden müssen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme des RAD-Psychiaters Dr. H., der zum Schluss gelangt war, dass dem Gutachten von Dr. F. gefolgt werden könne. Der RAD-Psychiater Dr. D., der den Beschwerdeführer ebenfalls persönlich

untersucht habe, sei zu vergleichbaren Resultaten gelangt. Die IV-Stelle sei ihrer Untersuchungspflicht extensiv nachgekommen. Von einer falschen Sachverhaltsfeststellung könne keine Rede sein. Die angefochtene Verfügung nenne in nachvollziehbarer Weise die Überlegungen, auf die sie sich stütze. Der Vorwurf der ungenügenden Begründung gehe fehl. Ebenfalls eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liege nicht vor. Der Beschwerdeführer habe nach der Zustellung der IV-Akten darauf verzichtet, sich im Vorentscheidverfahren dazu zu äussern. Ebenfalls der Vorwurf der willkürlichen Abweisung des Rentengesuchs, resp. Sachverhaltsfeststellung sei zurück zu weisen.

Der Beschwerdeführer replizierte am 30. März 2018. Er reichte einen Bericht von Dr. B. vom 7. März 2018 zu den Akten.

Die IV-Stelle legte diesen Dr. H. vor und hielt gestützt darauf an ihren bisherigen Ausführungen fest.

In einem dritten Schriftenwechsel wurde erneut eine Stellungnahme von Dr. B. vom 3. Juni 2018 eingereicht, dem die IV-Stelle nichts mehr beizufügen hatte.

Erwägungen

1. (...)

2.1 In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Er sei vom Gutachter Dr. F. „durchgeschleust“ worden, ohne sich detailliert zu den vorgenommenen Untersuchungen äussern zu können. Dies widerspreche der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in BGE 127 I 54.

2.2 In BGE 127 V 54 äusserte sich das Bundesgericht zur nur ausnahmsweisen 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.

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 Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz 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 Invaliditätsgrad 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

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) abgegeben 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

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 den abschliessenden Entscheid 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).

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

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.“

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 phasenweise 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 Beschwerdeebene teilte Dr. B. am 3. Juni 2018 mit, in den Zeiten der Depressionsepisoden schweren Ausmasses habe auch eine nicht zu unterschätzende 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 Beurteilung 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 Standpunkte 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 Auftragsverhältnis 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 psychiatrische Begutachtung von Dr. F. ein überzeugendes Bild des psychischen 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 Praxisänderung des Bundesgerichts eine schlüssige Beurteilung der Auswirkungen

des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auf seine Arbeitsfähigkeit 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).

6. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch 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 rechtens, die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.