

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2020 94

## Entscheid vom 12. März 2021

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Tanja Marty, a.o. Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

**gegen**

**IV-Stelle AL.**\_\_\_\_\_, Rechtsdienst, Postfach 53,  
6431 AL.\_\_\_\_\_,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_, Vater eines Sohnes mit Jahrgang 2001, geschieden seit dem 9.1.2013) hat von 1980 bis 1984 eine Ausbildung als Elektromonteur (mit Fähigkeitsausweis) absolviert (IV-act. 1-5/9). Nach der Aktenlage arbeitete er im Lehrbetrieb weiter bis 1986, um dann bis 1991 für die B.\_\_\_\_\_ zu arbeiten (IV-act. 7). Es folgten diverse weitere Anstellungen und dann (bis 2010) rund 13 Jahre als Berater im Finanzsektor (IV-act. 83-25/46 unten). In der Folge nahm er eine selbständige Erwerbstätigkeit im Finanzbereich auf (und baute mit Kollegen zwei Firmen auf: C.\_\_\_\_\_ GmbH und D.\_\_\_\_\_ GmbH, vgl. IV-act. 83-26/46).

**B.** Am 21. Februar 2017 ging bei der IV-Stelle eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein. A.\_\_\_\_\_ umschrieb seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie folgt: "Am 14.09.2015 wurde ich bei einem Raubüberfall vom Velo gerissen und verletzt. Seither habe ich grosse psychische Probleme" (IV-act. 1-6/9 Ziff. 6.1). Nach diversen Abklärungen teilte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 26. September 2017 mit, es sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 20). An dieser Abweisung des Leistungsbegehrens hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. November 2017 fest (IV-act. 21).

**C.** Vom 18. Juli 2018 bis zum 29. August 2018 hielt sich A.\_\_\_\_\_ in der Clinica E.\_\_\_\_\_ (in F.\_\_\_\_\_ ) auf (IV-act. 31).

Am 19. November 2018 ging bei der IV-Stelle eine neue IV-Anmeldung von A.\_\_\_\_\_ ein, welche durch einen Bericht der Psychiaterin G.\_\_\_\_\_ vom 16. November 2018 unterstützt wurde (vgl. IV-act. 30).

**D.** Am 1. April 2019 teilte die IV-Stelle mit, dass eine medizinische Abklärung bzw. eine Begutachtung durch Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie, St. Margrethen SG) nötig sei (IV-act. 42).

Mit Beschluss vom 8. Mai 2019 hat die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) I.\_\_\_\_\_ für A.\_\_\_\_\_ eine Beistandschaft errichtet und den Berufsbeistand J.\_\_\_\_\_ als Mandatsträger eingesetzt (IV-act. 52).

Gemäss Mitteilung vom 24. Juli 2019 wurde der Begutachtungsauftrag vorläufig aufgrund eines per Anfang August 2019 geplanten Eintritts in die Klinik K.\_\_\_\_\_ sistiert (IV-act. 54). Am 11. September 2019 ist A.\_\_\_\_\_ aus der Klinik K.\_\_\_\_\_ ausgetreten (IV-act. 58).

Nach der Reaktivierung des Begutachtungsauftrages fand das psychiatrische Explorationsgespräch am 29. Januar 2020 in der Praxis von med.pract.

H. \_\_\_\_\_ in AA. \_\_\_\_\_ (AR) statt (IV-act. 72 i.V.m. 75-2/46). Das entsprechende Gutachten wurde am 29. Februar 2020 erstattet (Eingang IV-Stelle: 2.3.2020).

E. Am 30. März 2020 beurteilte der RAD-Psychiater Dr.med. L. \_\_\_\_\_ das Gutachten als schlüssig und nachvollziehbar (IV-act. 77).

Mit Vorbescheid vom 1. April 2020 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 79). Dagegen reichte A. \_\_\_\_\_ innert erstreckter Frist am 1. Juli 2020 Einwände ein (IV-act. 87). Nach einer Prüfung dieser Einwände empfahl der RAD-Arzt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ eine Rückfrage an die Gutachterin, welche mit Schreiben vom 10. August 2020 vorgenommen wurde (IV-act. 89, 90). Die Antwort der Gutachterin folgte am 18. September 2020 (IV-act. 91). Nach einer Würdigung dieser Antwort durch den erwähnten RAD-Arzt (IV-act. 93) verfügte die IV-Stelle am 24. September 2020, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 95).

F. Dagegen erhob A. \_\_\_\_\_ fristgerecht am 26. Oktober 2020 (Montag) beim Verwaltungsgericht Beschwerde mit dem Antrag, es seien ihm IV-Leistungen zuzusprechen. Am 26. November 2020 reichte er eine ärztliche Stellungnahme seiner behandelnden Psychiaterin ein.

Mit Vernehmlassung vom 10. Februar 2021 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,

- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

**1.1.2** Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

**1.1.3** Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

**1.1.4** Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 Erw. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

**1.1.5** Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine

wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

**1.1.6** In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

**1.1.7** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin 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 die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

**1.2.1** Im vorliegenden Fall verhält es sich so, dass der Beschwerdeführer bereits am 3. Februar 2017 eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen unterzeichnet und eingereicht hatte. Damals begründete er seinen Leistungsanspruch wie folgt (IV-act. 1-6/9 Ziff. 6.1):

Am 14.09.2015 wurde ich bei einem Raubüberfall vom Velo gerissen und verletzt. Seither habe ich grosse psychische Probleme.

**1.2.2** Nach Abklärungen und einer Würdigung der eingeholten Arztberichte gelangte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 26. September 2017 und alsdann mit Verfügung vom 8. November 2017 zum Ergebnis, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden bzw. keine wesentlichen, die Arbeitsfähigkeit tangierenden Funktionseinschränkungen vorliegen, sondern vielmehr IV-fremde Faktoren überwiegen würden, mithin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen und damit ein Anspruch auf eine IV-Rente zu verneinen sei (vgl. IV-act. 20 und 21).

**1.2.3** Rund ein Jahr nach der am 8. November 2017 verfügten Ablehnung eines Rentenanspruchs ging am 19. November 2018 bei der Vorinstanz erneut eine Anmeldung für IV-Leistungen ein. Diese Anmeldung wurde mit einem Bericht der Psychiaterin G. \_\_\_\_\_ vom 16. November 2018 begründet, welche den Versicherten erstmals am 8. März 2018 gesehen hatte (IV-act. 30).

**1.2.4** In einer solchen Konstellation hängt die Beantwortung der Fragestellung, ob und inwiefern ungeachtet des bereits einmal geprüften und abgelehnten Leistungsanspruchs zwischenzeitlich ein Anspruch auf eine IV-Rente entstanden sei, grundsätzlich davon ab, ob eine anspruchsbegründende Veränderung stattgefunden hat (sei es hinsichtlich des Gesundheitszustands, sei es hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen), wobei die Grundsätze zur Rentenrevision analog Anwendung finden (vgl. VGE I 2020 73 vom 19.2.2021 Erw. 1.1 mit Verweis auf BGE 133 V 108 v.a. Erw. 5.2.).

**1.3** Ändert sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 130 V 343 Erw. 3.5).

**1.4** Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung bzw. Entscheidung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_382/2018 vom 21.1.2019 Erw. 2 mit Verweis auf BGE 133 V 108).

**1.5** Hier bildet die bereits erwähnte Verfügung vom 8. November 2017 mit der darin enthaltenen Ablehnung eines Rentenanspruchs grundsätzlich Ausgangspunkt für die Fragestellung, ob zwischenzeitlich eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist (oder nicht).

**1.6.1** Ergänzend ist festzuhalten, dass in der Rechtsprechung die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden sind: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwick-

lung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C\_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 begründete und in vielen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

**1.6.2** Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist (siehe Urteil des Bundesgerichts I 676/05 vom 13.3.2006 Erw. 2.4 mit Verweis auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f., zwischenzeitlich 3. Aufl. der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten von 2016, nachfolgend Qualitätsleitlinien bzw. QL abgekürzt).

**1.6.3** Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 Erw. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 Erw. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren

schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 141 V 281 Erw. 6 S. 307 f.; Urteil 8C\_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.4).

**1.6.4** Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (vgl. zit. Urteil 8C\_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

**2.1** Im Rahmen der erstmaligen Leistungsprüfung ging bei der Vorinstanz ein Bericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ (FMH Innere Medizin, speziell Kardiologie, Pfäffikon SZ) vom 11. April 2016 ein, in welchem eine rezidivierende Perikarditis diagnostiziert wurde, welche aktuell unter einer NSAR-Therapie gut kontrolliert sei. Bis zum Fahrradunfall im September 2015 sei der Versicherte stets vollständig beschwerdefrei gewesen und gesund. Es sei bekannt, dass es nach einem Thorax-Trauma zu einer Perikarditis kommen könne. Die Mehrzahl der Fälle trete erst nach einem initial beschwerdefreien Intervall auf, so auch im Fall des Versicherten, wo die Beschwerden erstmalig erst Wochen nach dem Fahrradunfall aufgetreten seien. Zwar sei eine virale Erkrankung die häufigste Ursache, infolge des zeitlichen Zusammenhangs mit dem Fahrradunfall und der zuvor guten Gesundheit (ohne Hinweise für einen viralen Infekt) sei eine traumatische Ätiologie wahrscheinlicher. Für eine andere Ursache (z.B. Tumor, urämisch etc.) fänden sich keine Hinweise (IV-act. 5-5/5).

**2.2** Vom 1. August 2016 bis zum 11. September 2016 hielt sich der Versicherte in der Klinik (Clinica) E. \_\_\_\_\_ in F. \_\_\_\_\_ auf. Im kurz vor dem Austritt verfassten Bericht vom 9. September 2016 stellten die Oberärztin N. \_\_\_\_\_ sowie die Psychologin O. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (IV-act. 18-2/3):

1. Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22) mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (Z73)
2. St.n. Perikarditis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten (I32.8)
3. Kurzzeitige Synkope nach Erregungszustand 8/2016 (C38.8)

Des Weiteren wurde u.a. sinngemäss ausgeführt, dass es im Klinikverlauf insgesamt zu einem gebesserten psycho-physischen Allgemeinzustand gekommen sei. Der Versicherte habe sich vitaler gefühlt, habe weniger Schmerzen gehabt und habe bestehende Ressourcen reaktivieren und so phasenweise Distanz von Belastungsfaktoren gewinnen können. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes habe der Versicherte keine medikamentöse Therapie gewünscht. Die Diagnostik vom 24. bis 26. August 2018 im Spital P. \_\_\_\_\_ nach einer stattgefundenen Synkope werde auf eine Hyperventilierung im Rahmen eines starken Erregungszustandes zurückgeführt. Es seien weder neurologische Pathologien noch Auffälligkeiten im EKG oder Labor oder bei der Sauerstoffsättigung mit und ohne Belastung gefunden worden (IV-act. 18-2f./3).

**2.3** Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ (FMH Allgemeinmedizin, Schindellegi) stellte in seinem Bericht vom 13. März 2017 an die IV-Stelle folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 8-1/3):

1. Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt, mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms;
2. Status nach Perikarditis
3. Zervikospondylogenes Syndrom

Zur Frage der Arbeits(un)fähigkeit führte der Hausarzt u.a. aus, die Leistungsfähigkeit sei aufgrund körperlicher und psychischer Einschränkungen massiv verringert, allerdings habe er selber keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 8-2/3 Ziff. 1.6 und 1.7). Ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne, sei vom behandelnden Psychiater Dr. R. \_\_\_\_\_ zu beantworten (IV-act. 8-2f./3 Ziff. 1.9 i.V.m. 1.5).

**2.4** Der von der IV-Stelle angefragte Internist/ Kardiologe Dr.med. M. \_\_\_\_\_ konnte in seiner Stellungnahme vom 15. März 2017 die Frage nach dem aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten nicht beantworten mit der Begründung, dass er ihn seit Juli 2016 nicht mehr gesehen habe (IV-act. 9-2f./7).

**2.5** Dr.med. C.-P. R. \_\_\_\_\_ (Psychiatrie/ Psychotherapie, Lachen), welcher den Versicherten seit 30. September 2016 behandelte, erstattete am 7. April 2017 der IV-Stelle einen ausführlichen Bericht, welchem u.a. folgende Angaben zu entnehmen sind (vgl. IV-act. 13-8ff./11):

Herr ... ist bei mir am 30.9.2016 vom Therapeuten Herrn S. \_\_\_\_\_ zur Mitbetreuung und medikamentösen Einstellung zugewiesen worden.

Zuvor in der Klinik E. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_, in der der Patient vom 1.8.2016 bis 11.9.2016 wegen:

Anpassungsstörung

depressiver Reaktion gemischt und Erschöpfungssyndrom ICD-10; F 43.22 und Z73 bei St. nach Perikarditis E 32.8

und Synkope mit Erregungszustand C 38.2 hospitalisiert war.

**Neu Überforderung und Störung des Sozialverhaltens,**

*Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung,*

die bei fehlender kindlicher Entwicklungsgeschichte, fehlender Fremdanamnese und von mir nicht erhobenen Persönlichkeitstests möglich ist, aber weder in der Klinik stationär, noch vom Mitbehandler in der bisherigen Vorgeschichte erörtert wurde und von den aktuellen Krankheitsbildern überlagert sein kann.

Er beschreibt, dass er sehr gute Unterstützung von Herrn S.\_\_\_\_\_ habe und vieles besser geworden sei.

Wegen des Leidensdrucks und der Schwierigkeiten, die nun finanziell zusätzlich auftreten, sucht er eine AUF, fühlt sich nach wie vor nicht in der Lage die Arbeit aufzunehmen und will sich in Ruhe um die Therapie und Wiedereingliederung kümmern.

Erste therapeutische Weiterbetreuung bei Frau T.\_\_\_\_\_ und beim Hausarzt. Mit dem langjährigen HA habe er eine grosse Enttäuschung erlebt, er möchte nicht weiter darüber reden. (...)

Insgesamt sei er nach dem Raubüberfall im Sept. 2015 geschockt gewesen, dass er sich zur Therapieaufnahme bei Herrn S.\_\_\_\_\_ meldete. Er habe fast nichts ausgehalten und nur bei einem Freund wohnen können, der ihm auch leichteste Arbeit gegeben habe (Wohnungsrenovation). Auf Medikamente wollte er vorerst verzichten.

Er denkt nach Besserung im November 2016 über einen Job als Skilehrer im F.\_\_\_\_\_ nach, sowie einen Einsatz in der Entwicklungshilfe/ Namibia, geht auf meine Hinweise, dass dies unrealistisch klinge, nicht ein. Auch ist er entsetzt, dass die Krankentaggeldversicherung nicht zahle, da der Firmen-Partner diese nicht avisiert habe.

Zustandsbild schwankend, laut eigenen Angaben nicht schlecht.

Dann nach Weihnachten 2016 wieder extreme innerliche Unruhe - neu wohnt er zuhause, dabei sei der Schlaf schlechter. Die Mimik ist unauffällig, eine depressiv ängstliche oder einem Leidensdruck ähnliche Situation ist nicht spürbar. Erneut sagt er wie in der Klinik, dass "er einfach nicht mehr mag". Könne "keine klaren Gedanken" mehr fassen. Brauche 4 Tage für ein e-mail. Klinisch nicht fassbar.

Er spüre jetzt nicht mehr, wie schlecht es ihm gehe. Im Sinne einer vermehrten Achtsamkeit. Für einen Tag konnte er sich fürs Skifahren aufraffen. Dies sei für den ganzen Tag ein guter Tag gewesen. Spürbar positiv. Die damit verbundenen Fähigkeiten stehen im Kontrast zu seiner völligen Unfähigkeit im häuslichen Bereich. Die Energie sei so schwach, dass er nicht einmal 10 Minuten einkaufen könne, was auch im Widerspruch zur Klinik steht.

Er merke, dass zum zweiten Mal die Post nicht ankomme, fragt sich wer ihm da etwas zuleide tun wolle. (Nicht psychotisch!). Es sei irritiert, alle sagen etwas anderes. Angst sei verstärkt. Keine Suizidalität, er lebe gern, starker Rückzug, starkes Misstrauen gegenüber jedem.

Mit der Spitex, die ihm zuhause aufräumen und helfen soll, habe er jetzt Kontakt aufgenommen. Hier sagt er häufig wegen Abwesenheit ab. Er ist bei der Opferhilfe angegliedert, bei U.\_\_\_\_\_. 2 Therapeuten. Ein Anwalt. Ein Wunsch auf Bei-

standschaft wurde abgelehnt und nicht empfohlen. Er habe sich abgefunden damit, dass auch die KESB keine Hilfe leiste.

Zunehmender Regressionsverdacht, andererseits in der V. \_\_\_\_\_ in der Rechnungsprüfungskommission noch immer tätig.

Er beschreibt erstmals, dass er eine Eingliederung, nicht Rente durch die IV sehe. Dann will er eine Umschulung in den Sozialbereich, kann sich den Finanzbereich nicht mehr vorstellen (!). Dies ist irritierend, da er nach Namibia schaut und eigentlich 2 eigene Firmen hat und somit ein neues "Agierfeld" entsteht. Ich erörtere, dass sein Wunsch nach Umschulung schwierig, da er eine Firma habe, dass eine Depression/ Anpassungsstörung genau so abklinge wie sein Trauma.

Auffällige Überwerfungen (siehe oben) im Sozialleben mit seinem Mitarbeiter und Rückzug von anderen Kollegen. Parallel 2 neue Bekannte/ Kollegen gefunden.

### **Hier wenig auffällige Psychopathologie.**

Der Pat. konstatiert seinen - auch für ihn - eben krankheitsbedingt wechselhaften Zustand. So wollte er sicher sein Haus verkaufen, da er an das Trauma erinnert sei, dies ist jetzt in weite Ferne gerückt.

Subjektiv treten Denkstörungen in den Vordergrund, die im Gespräch jedoch nicht feststellbar sind. Daher Leistungseinbruch. Panik, Zittern, als er darauf angesprochen wird, dass dies nicht spürbar ist. Innerlich und äusserlich sei halt noch ein Unterschied. Insgesamt empfindet er sein Leben als Kartenhaus, auch weil er jedes Vertrauen verloren habe. Fühlt sich "hyperreagibel", "hypersensitiv", sieht selbst Unwirklichkeitsgefühl. Kraftlos, kreisend.

Die Stimmung sieht er aktuell bei 5 bis 6 / 10, bei einer Norm von 8 bis 9 / 10. In der Klinik quasi von 1 bis 3 nach der Klinik.

Der Selbstwertkonflikt, der in der Klinik angesprochen ist, wird hier nie thematisiert. Schmerz spiele hier keine Rolle. Eher weniger dysfunktionale Gedanken, keine Konkretisierung, vage. In der Psychomotorik Gestik und Mimik unauffällig. Pünktlich, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnis regelrecht, Grundaffekte unauffällig, inhaltliche und formale Denkstörungen nicht gegeben, keine Suizidalität, keine Ich-Störung, aktuell kein schwerer Leidensdruck, volle Orientierung, kein Wahn, kein Hinweis auf Drogen. Modulierte Affekte. Keine Suizidalität. Somatisch keine relevanten Nebenprobleme, keine Somatisierung zur Zeit.

Die Belastungen mit der seit ca. 2 Jahren in Canada lebenden Ex-Frau und Kind, zu dem er sehr wenig Kontakt hat oder die Geschäftssituation lassen u.a. noch keinen unbewussten Konflikt erkennen.

Insgesamt geringe Risikofaktoren für eine solch ausgeprägte Verhaltensstörung.

Nach Therapie keine Traumafolgen, die bei Bewusstlosigkeit und nicht erlebtem Bedrohungs-Vorgang sehr selten sind. Das Trauma bei ihm bestand aber gerade im Nichtwissen, was eigentlich vorgefallen war, und in dem, wie er seine Wohnung vorfand. Leider wurde nach für ihn bedrohlich-kränkendem Anfangsverdacht auf fingierte Tat (?) nun wohl ein Verfahren gegen ihn eingeleitet.

**Medikation:** Brintellix 20 mg pro Tag. Erfolglos bisher

**Procedere:** Zu empfehlen dringend Arbeitsbeobachtung und Arbeitsförderung in einem Arbeitsprogramm. Ev. Tagesklinik, ev. erneut Klinik zur Abklärung und Begutachtung.

MRI oder Neuropsychologie bei völlig unklarem, protrahierten, vermutlich in der Prognose schlechtem, fixierten Bild

Hohe diagnostische Unschärfe und fehlende sichere Persönlichkeitsachse und -bewertung. Case Manager, Versicherungsmanager eher nicht (zu viele Beteiligte eher W. \_\_\_\_\_).

Ich werde in Wochenschritten die AUF auf 50% begrenzen, um die Regressionstendenzen zu durchbrechen und damit sich der Patient seiner Situation besser stellen kann, statt weiter zu laviere.

Die bisherige Tätigkeit ist aus medizinischer Sicht zumutbar, subjektiv jedoch nicht mehr erträglich.

Im privaten und beruflichen Kontext zeigten sich durchaus Fähigkeiten zur Aufnahme und Aufrechterhaltung von über Jahrzehnte dauernden Beziehungen.

Insgesamt *ist berufsbegleitend sicherlich* die Aufarbeitung allfälliger narzisstischer Anspruchshaltungen und Kränkungen und Aufarbeiten seiner Beziehungsmuster sowie seines Selbstbildes sinnvoll.

Dies ist allerdings nicht in seiner Tragweise so ausgeprägt, um eine dauerhafte AUF zu begründen.

### **Prognose**

Schlecht bei starkem regressivem Verhalten, Verschlechterung seit Januar 2017 am ehesten begründet durch die zuerst drohende, dann erfolgte Einvernahme durch die Polizei (seine eigene und dann die des Mitinhabers), ausserdem durch den für ihn beschämenden Schritt zum Sozialamt, den er wochenlang vor sich herschob.

**2.6** Nach einer Würdigung der medizinischen Unterlagen gelangte der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle (Dr.med. univ. Dr.phil. X. \_\_\_\_\_) in einer Stellungnahme vom 24. August 2017 zum Ergebnis, dass gestützt auf den ausführlichen Bericht von Dr.med. R. \_\_\_\_\_ kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Es seien aus psychiatrischer Sicht keine wesentlichen, die Arbeitsfähigkeit tangierenden Funktionseinschränkungen erkennbar. Es sei hinsichtlich der angestammten sowie einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 100% auszugehen. Es würden soziale IV-fremde Faktoren überwiegen. Die Diagnose einer vorübergehenden Anpassungsstörung mit gelegentlichen Verstimmungen rechtfertige keine beruflichen Massnahmen oder Wiedereingliederungsmassnahmen seitens der IV. Weitere Abklärungen seien aus psychiatrischer Sicht nicht erforderlich (IV-act. 19-7/7).

**2.7** Gestützt auf diese vorerwähnte RAD-Stellungnahme kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 26. September 2017 an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 20). Innert der im Vorbescheid enthaltenen Frist von 30 Tagen liess sich der Versicherte nicht vernehmen, weshalb die IV-Stelle am 8. November 2017 verfügte, dass kein Anspruch auf IV-Leistungen bestehe (IV-act. 21). Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**3.1.1** Die erneute IV-Anmeldung (19.11.2018) wurde mit einem Bericht von der Psychiaterin G. \_\_\_\_\_ (Einsiedeln) vom 16. November 2018 untermauert, welche den Versicherten erstmals am 8. März 2018 gesehen hatte. In diesem

Bericht führte sie u.a. aus, der Versicherte stelle sich ca. alle 3-4 Wochen einmal vor, parallel dazu befinde er sich in andauernder Psychotherapie bei lic.phil. M. S.\_\_\_\_\_. Das Zustandsbild sei zu Beginn mittel- bis schwergradig depressiv mit präpsychotischer Symptomatik (paranoide Ideen) gewesen. Wegen der offensichtlichen Überforderung mit eigenen Angelegenheiten sei die AH.\_\_\_\_\_ involviert. Zudem erhalte der Versicherte Unterstützung durch den Schwiegervater und weitere Personen. Als der Versicherte vor Gericht hätte aussagen sollen, habe er passive suizidale Ideen entwickelt und er sei in einen starken Antriebsmangel gefallen, was zu einer zweiten Hospitalisation in der Klinik E.\_\_\_\_\_ (18.7.2018 - 29.8.2018) geführt habe. Dort sei ebenfalls die Diagnose einer mittelgradigen Depression gestellt worden. Im Verlauf sei der Versicherte neuropsychologisch untersucht und dabei seien leichtere isolierte Defizite festgestellt worden. Zur Differentialdiagnose sei ein Kopf MRI und ein EEG durchgeführt worden, wobei eine organische Ursache für die kognitiven Leistungseinbußen nicht gefunden worden sei (siehe dazu auch IV-act. 31-7/9). Eine Medikation wurde von der Psychiaterin verneint. Als massgebende Diagnosen erwähnte die Psychiaterin eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung mit Somatisierungsneigung (F33.1) sowie eine Persönlichkeitsstörung, kombiniert mit narzisstischen unreifen Anteilen (F61.0).

Aus ihrer Sicht veranschlagte die Psychiaterin vorläufig für die nächsten zwei Jahre eine Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen von ca. 50%. Auf der Oberfläche würden sich kognitive Schwächen zeigen, eine depressiv ausgelenkte instabile Affektivität und interaktionelle Schwierigkeiten (Schwankungen im Selbst- und Fremdbild, Misstrauen, schnelle Kränkbarkeit, Mangel an Empathie, Wunsch zu triumphieren, vgl. IV-act. 30).

**3.1.2** Zuvor hatte der Versicherte sich vom 18. Juli bis zum 29. August 2018 in der erwähnten Klinik im F.\_\_\_\_\_ für eine stationäre, integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgehalten. Im Bericht vom 4. September 2018 an die Psychiaterin G.\_\_\_\_\_ stellten Dr.med. Y.\_\_\_\_\_ (Chefarzt) und Dr.Dr.med. Z.\_\_\_\_\_ (Leitende Ärztin Somatische Medizin) die Hauptdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1). Als psychiatrische Nebendiagnosen wurden ein Burnout-Syndrom (Z73) und eine Akzentuierung der Persönlichkeit (Z73) aufgeführt. Als somatische Nebendiagnosen wurden ein Gelenkschmerz in der Schulterregion, eine Belastungsdyspnoe (R06.0) sowie eine Zehenprellung und ein Verdacht auf eine Schlafapnoe erwähnt (IV-act. 31-1/9). Eine Medikation wurde verneint. Hinsichtlich eines Wiedereinstiegs in den Alltag führten die Fachpersonen der Klinik aus, die psychophysische Stabilisierung des Versicherten werde als ausreichend trag-

fähig für sein bisheriges Arbeitspensum (60% WTL) beurteilt. Bei einem weiterhin positiven Verlauf sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit denkbar (IV-act. 31-2/9).

**3.2** Der behandelnde Psychologe und Psychotherapeut ASP lic.phil. S.\_\_\_\_\_ beantwortete einen Fragenkatalog der IV-Stelle am 24. Februar 2019 folgendermassen (vgl. IV-act. 38 und 39):

*1. Befindet sich die versicherte Person weiterhin in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung?*

Ja.

*2. Seit wann erfolgt die Behandlung?*

Seit 24.09.2015 andauernd - Unterbrechung: Dez. 2015 - Mai 2016

*3. In welchem zeitlichen Abstand erfolgen die Konsultation?*

Ca. 3wöchentlich.

*4. Erfolgt eine Zusammenarbeit mit einem Hausarzt/ Hausärztin oder einem Psychiater/Psychiaterin (delegierte Psychotherapie)?*

Ja, Psychiaterin und Psychotherapeutin Frau Dr.med. G.\_\_\_\_\_ Einsiedeln

*5. Wie schätzen Sie die Zuverlässigkeit und Compliance ein?*

Bis vor Kurzem gut. Seit zwei Wochen hat Herr A.\_\_\_\_\_ aufgrund einer akuten Belastungsreaktion auf ein Schreiben der Fürsorgebehörde die Therapie eingestellt, auch weil er fürchtet, diese sei nicht mehr finanzierbar.

*6. Erfolgt eine Behandlung mit Psychopharmaka?*

Wurde versucht, bitte Frau Dr. G.\_\_\_\_\_ anfragen.

*7. Welche psychotherapeutischen Methoden kommen zum Einsatz?*

Gesprächstherapie, Trauma-Therapie, Entspannungstechniken

*8. Erfolgt ein Einbezug von Personen aus dem unmittelbaren Umfeld der versicherten Person oder aus dem Helfersystem?*

Kein Einbezug, aber bedarfsweise gute Vernetzung mit dem Helfersystem.

*9. Welche Therapieziele wurden vereinbart? Welche davon konnten bislang erreicht werden?*

Erhaltung bzw. Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, berufliche Wiedereingliederung, Förderung von Autonomie und Selbstverantwortung, Abbau der teils noch posttraumatischen Symptome (Angst vor Dunkelheit/ Alleinsein/ existenzielle Angst etc.)

*10. Welche psychosozialen Belastungsfaktoren bestehen bei der versicherten Person im Zusammenhang mit ihrer psychischen Störung?*

Herr B. hat sich von dem Unfall- bzw. Überfallereignis im September 2015 psychisch nie mehr psychisch und sozial längerfristig stabilisieren können [Formulierung gemäss Original]. Es bestehen neben der psychischen Symptomatik (Erschöpfung, Schlafstörungen mit Alpträumen, Antriebslosigkeit, Zukunftsängste, Überforderungsgefühle, phobische Ängste vor Menschenansammlungen, vor akuter Bedrohung nachts bis zu Panikattacken, sozialer Rückzug bei hoher Vulnerabilität, Kränkbarkeit, Scham u.a.) zusätzlich deutliche Leistungsdefizite im kognitiven, beruflichen Bereich bzgl. Konzentration, Ausdauer etc.; weiterhin diverse, wech-

selnde körperliche Beschwerden wie Fieberschübe, multiple Schmerzen (Herzbe-  
reich) etc.

11. *Wie ist Ihre diagnostische Einschätzung?*

Rezidivierende depressive Störung mit Somatisierungsneigung, zurzeit schwere  
Episode (F33.3), Anpassungsstörung (F43.28), bei narzisstischer Persönlichkeit

12. *Bestehen Hinweise für das Vorliegen einer Suchterkrankung (substanzbezo-  
gene und nicht substanzbezogene Suchterkrankungen)?*

Nein.

13. *Welche funktionellen Einschränkungen liegen vor und inwiefern beeinträchti-  
gen diese die berufliche Leistungsfähigkeit (qualitativ und quantitativ)?*

Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer etc., bitte beim WTL oder Frau Dr.med.  
G.\_\_\_\_\_ erfragen.

14. *Ist mit einer gesundheitlichen Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Ein-  
gliederungsfähigkeit zu rechnen, und wenn ja, in welchem Zeitrahmen?*

Inzwischen fraglich. Wenn ja, dann bedarf es noch einiger Monate (mind. 12 Mona-  
te).

15. *Ist bei einer Weiterführung der Therapie mit einer Verbesserung der Leistungs-  
fähigkeit zu rechnen (Prognose)?*

Siehe 14.

16. *Ist eine Intensivierung der Behandlung (zusätzliche psychiatrische Behandlung,  
stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung) in nächster Zeit ge-  
plant? Wäre eine Intensivierung der Behandlung indiziert und Erfolg verspre-  
chend?*

Es erfolgten bereits zwei stationäre Klinikaufenthalte sowie seit langem die ge-  
meinsame Betreuung durch psychiatrische Fachärzte.

17. *Weitere Zusatzbemerkungen oder Empfehlungen?*

Da es sich um eine akute Notsituation mit derzeit schwer depressiver Prägung  
handelt, deren Ursache die zurzeit ausweglos scheinende soziale bzw. finanzielle  
Situation ist, bitte ich nach Möglichkeit um rasche, priorisierte Bearbeitung des Fal-  
les.

**3.3** Der RAD-Psychiater Dr.med. L.\_\_\_\_\_ beurteilte am 1. April 2019 die  
medizinische Aktenlage dahingehend, dass gegenüber der Ablehnung des Leis-  
tungsanspruchs im Jahre 2017 eine relevante Verschlechterung des Gesund-  
heitszustands des Versicherten glaubhaft bzw. anzunehmen sei. Nicht nachvoll-  
ziehbar sei indessen die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin, wonach  
der Versicherte im geschützten Rahmen nur zu 50% arbeitsfähig sein solle; dies-  
bezüglich brauche es zur Klärung der Arbeitsfähigkeit ein psychiatrisches Gut-  
achten (ebenso zur Klärung der sich teilweise widersprechenden diagnostischen  
Beurteilungen, vgl. IV-act. 41).

**3.4** Gestützt auf diese Empfehlung des RAD-Psychiaters informierte die IV-  
Stelle den Versicherten mit Schreiben vom 1. April 2019, dass eine psychiatri-  
sche Begutachtung durch med.pract. H.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychothera-

pie FMH/ zertif. mediz. Gutachterin SIM) vorgesehen sei (vgl. IV-act. 42). Mit Schreiben vom 23. Mai 2019 teilte die Gutachterin dem Versicherten das für den 12. August 2019 geplante Explorationsgespräch in der Praxis in AA.\_\_\_\_\_ mit (IV-act. 50). Nachdem der Versicherte am 24. Juli 2019 telefonisch mitgeteilt hatte, dass er anfangs August 2019 in die Klinik K.\_\_\_\_\_ eintreten werde, wurde die Begutachtung vorläufig sistiert (IV-act. 53). Am 5. August 2019 trat der Versicherte nach Zuweisung der behandelnden Psychiaterin G.\_\_\_\_\_ in die Klinik K.\_\_\_\_\_ ein. Dem Austrittsbericht vom 17. September 2019 (zur Hospitalisation vom 5.8. - 11.9.2019) von Dr.phil. AB.\_\_\_\_\_ (stv. Oberarzt) und lic.phil. AC.\_\_\_\_\_ (Leitender Psychologe) sind u.a. die folgenden Angaben zu entnehmen (IV-act. 60 bzw. 63):

#### Diagnose

- F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode  
F40.01 V.a. Agoraphobie: Mit Panikstörung  
Z73 V.a. Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, einschliesslich akzentuierte Persönlichkeitszüge, hier mit narzisstischen und zwanghaften Anteilen

(...)

#### Verlauf

Bei Herrn A.\_\_\_\_\_ lag ein depressives Syndrom vor. Psychopathologisch standen Schlafstörung, Gedankenkreisen, Einengung im formalen Denken und Geräuschempfindlichkeit im Vordergrund. Aufgrund der Äusserungen des Patienten kann eine Agoraphobie mit Panikstörung nicht ausgeschlossen werden. Dabei ist unklar, in welchem Ausmass diese tatsächlich vorkommt oder eher befürchtet wird, ob sie Ursache oder Folge des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens ist und/oder als Krankheitsgewinn - beispielsweise für die Durchsetzung bestimmter Ansprüche - fungiert. Die klinische Einschätzung und testpsychologische Abklärungen weisen auf einen Verarbeitungsmechanismus mit narzisstischen und zwanghaften Anteilen hin.

(...)

In rechtlichen Belangen sei Herr A.\_\_\_\_\_ nach dem Überfall und dem Wohnungseinbruch im Jahre 2015 wegen Versicherungsbetrugs angeklagt worden. Allerdings sei er in der Gerichtsverhandlung vom März 2019 in drei von vier Punkten mangels Beweisen freigesprochen worden. Der noch offene Punkt beinhalte den Verdacht, dass er im Krankheitsfall nach dem Überfall wieder arbeiten gegangen sei. (...)

Auf der Station zeigte sich Herr A.\_\_\_\_\_ offen im Kontakt und zugleich fordernd bezüglich der Erfüllung seiner Bedürfnisse. (...)

Die somatischen Diagnosen waren während des Klinikaufenthaltes blande, abgesehen von - für den Patienten bekannte - Symptome wie Schulterschmerzen, sporadisch auftauchender Kopf- und Halsschmerzen.

Psychopharmakologisch trat Herr A.\_\_\_\_\_ ohne Medikamente in die Klinik ein und wünschte auch im weiteren Verlauf keine fest verordnete Medikation. Gelegentlich bezog der Patient aus der Reserve gegen Schlafprobleme Redormin 500 mg Filmtabl., gegen innere Unruhe Relaxane Filmtab., gegen Kopf- und Rückenschmerzen Dafalgan Filmtabl. 1g und gegen Schulterschmerzen Vimovo (...).

(...)

Sozialdienstlich bestand die Herausforderung, die komplexe finanzielle Situation des verbeiständeten und von wirtschaftlicher Sozialhilfe lebenden Herrn A. \_\_\_\_\_ sowie dessen grosses Helfernetz zu überblicken. Herr A. \_\_\_\_\_ hat in Herrn J. \_\_\_\_\_ (Amtsbeistand) einen Beistand für die Bereiche Wohnen, soziales Wohl, Administration, Finanzen, Recht und Tagesstruktur. (...). Dabei stand insbesondere die Wohnungssituation des Patienten im Vordergrund. Darüber, ob der Mietvertrag in Rücksprache mit der Beistandschaft unterzeichnet worden sei, standen seitens Herr B. und der Beistandschaft kontroverse Aussagen im Raum. Nichtsdestotrotz wurde der Mietvertrag infolge einer Kostenunterdeckung während des Klinikaufenthaltes von Herrn A. \_\_\_\_\_ durch die Beistandschaft aufgelöst. In der Folge weigerte sich der Patient, in Kommunikation mit der Beistandschaft zu treten und/oder sich aktiv um eine alternative und den finanziellen Rahmenbedingungen entsprechenden Wohnung zu bemühen mit der Begründung, dass die Beistandschaft seine Wohnungssituation verschuldet und deshalb eine "Bring-Schuld" habe. Ebenso verneinte Herr A. \_\_\_\_\_ aufgrund des konflikthaften Arbeitsverhältnisses zwischen ihm und dem Sozialzentrum Höfe die Bereitschaft, eine Notwohnung im besagten Bezirk in Betracht zu ziehen. Aus Sicht der Beistandschaft seien Herrn A. \_\_\_\_\_ Anforderungen - mit Bezugnahme auf seine Ängste und Wunsch nach viel Stauraum - kaum mit den finanziellen Rahmenbedingungen der wirtschaftlichen Sozialhilfe zu vereinbaren. (...)

**3.5** Nachdem der RAD-Psychiater Dr.med. L. \_\_\_\_\_ nach Kenntnisnahme des Austrittsberichts der Klinik K. \_\_\_\_\_ weiterhin die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens empfahl (IV-act. 64), forderte die IV-Stelle med.pract. AD. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 9. Oktober 2019 auf, den Versicherten zu einem Explorationsgespräch einzuladen (IV-act. 65). Der nächste Begutachtungstermin wurde auf den 29. Januar 2020 festgesetzt (IV-act. 72). Am 2. März 2020 ging das am 29. Februar 2020 fertiggestellte psychiatrische Gutachten ein. Darin stellte med. pract. AD. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (IV-act. 75-31/46 oben):

- Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4)  
DD: Status nach wiederholten Anpassungsstörungen mit Angst, depressiven Reaktionen und Störungen des Sozialverhaltens bei wiederholten psychosozialen Belastungsfaktoren (ICD-10: F43.2)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und gewissen histrionischen Anteilen (ICD-10: Z 73.1)

Insgesamt gelangte die Gutachterin zum Ergebnis, dass weder für die bisherige Tätigkeit (als Finanzkontrolleur) noch in einer anderen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei (IV-act. 75-44f./46).

**3.6** Der RAD-Psychiater Dr.med. L. \_\_\_\_\_ nahm 30. März 2020 zum psychiatrischen Gutachten dahingehend Stellung, dass es schlüssig sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne darauf abgestellt werden, wonach kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (IV-act. 77).

**3.7** Nach dem einen Leistungsanspruch verneinenden Vorbescheid (vom 1.4.2020 = IV-act. 79) kritisierte der Versicherte - unterstützt durch eine Mitarbeiterin der regionalen AE. \_\_\_\_\_ - in seiner Eingabe vom 1. Juli 2020 unter anderem, dass die Gutachterin nicht mit der behandelnden Psychiaterin G. \_\_\_\_\_ Rücksprache genommen habe. Alle bisherigen Behandler hätten eine depressive Störung festgestellt und einzig die Gutachterin habe keine Depression feststellen können und ihn deshalb als arbeitsfähig erachtet. Zudem reiche eine 4 Stunden umfassende Explorationszeit gar nicht aus für eine "saubere Diagnosestellung". Des Weiteren wurde auf die von der behandelnden Psychiaterin in Stellungnahmen vom 14. Juni 2020 und vom 1. Juli 2020 zum Gutachten enthaltene Kritik verwiesen. Im Bericht vom 14. Juni 2020 an die AE. \_\_\_\_\_ stellte die behandelnde Psychiaterin die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung (F60.4) mit maligner Regression, sowie eine rezidivierend mittelgradige depressive Störung mit Somatisierungsneigung, leicht (F33.0, vgl. IV-act. 87-5/8).

**3.8** Daraufhin wurde die Kritik der behandelnden Psychiaterin der Gutachterin unterbreitet (IV-act. 90), welche dazu ausführlich im Schreiben vom 18. September 2020 Stellung nahm (IV-act. 91). Diese Stellungnahme der Gutachterin wurde vom RAD-Psychiater Dr.med. L. \_\_\_\_\_ am 24. September 2020 als schlüssig und nachvollziehbar beurteilt (IV-act. 93). Daraufhin verfügte die IV-Stelle gleichentags, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 95).

**4.1.1** Im gerichtlichen Beschwerdeverfahren sind sich die Parteien insoweit grundsätzlich einig, dass der Versicherte seinen Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung nicht mit somatischen Gesundheitsproblemen begründet. Vielmehr beruft er sich auf psychische Probleme, welche nach seiner sinngemässen Auffassung zu einem Anspruch auf eine IV-Rente führen.

**4.1.2** Zu beachten ist (wie bereits oben erwähnt), dass ein Anspruch auf eine IV-Rente im Rahmen des ersten Abklärungsverfahrens vor der IV-Stelle mit Verfügung vom 8. November 2017 verneint wurde (mit der sinngemässen Begründung, dass aus psychiatrischer Sicht keine wesentlichen, die Arbeitsfähigkeit tangierenden Funktionseinschränkungen, sondern vielmehr IV-fremde Faktoren überwiegen würden, vgl. IV-act. 21). Auf die zweite IV-Anmeldung ist die IV-Stelle materiell eingetreten, weil die vorgebrachte gesundheitliche Verschlechterung (zunächst) als glaubhaft beurteilt wurde (vgl. IV-act. 41).

Für eine (abweichend vom ersten IV-Verfahren) anzunehmende Bejahung eines Rentenanspruchs ist grundsätzlich das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den (den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden)

Tatsachen nötig. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, fehlt es nach höchstgerichtlicher Rechtsprechung in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_244/2017 vom 26.10.2017, publ. in SVR-Rechtsprechung 3/2018, Regeste mit Verweis auf Erw. 4.2.1 und dort enthaltene Hinweise).

**4.1.3** Im konkreten Fall kommt das von der Vorinstanz eingeholte psychiatrische Gutachten vom 29. Februar 2020 letztlich zum gleichen Ergebnis wie im ersten IV-Abklärungsverfahren, wonach grundsätzlich kein psychiatrischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, sondern vielmehr IV-fremde Aspekte für die Probleme des Versicherten im Vordergrund stehen.

Damit liegt hier nicht die im Rahmen einer erstmaligen Beurteilung der Rentenberechtigung oft auftretende Fallkonstellation vor, ob letztlich der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der begutachtenden oder der behandelnden Fachperson (d.h. der Beurteilung der Psychiaterin AD.\_\_\_\_\_ einerseits oder stattdessen derjenigen der Psychiaterin G.\_\_\_\_\_ andererseits) zu folgen wäre. Vielmehr setzt eine (allfällige) Rentenzusprechung in der vorliegenden Konstellation (mit 2. IV-Anmeldung rund ein Jahr nach der Ablehnung des ersten Rentenbegehrens) praxisgemäss voraus, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind, oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. zit. Urteil 9C\_244/2017, Erw. 4.2.2 mit Hinweisen).

Mit anderen Worten reicht es in der vorliegenden Konstellation für die (allfällige) Zusprechung einer Rente nicht aus, dass die behandelnde Psychiaterin Kritik am erwähnten Gutachten vom 29. Februar 2020 übt, sondern entscheidend ist, ob aus den im Rahmen der zweiten IV-Abklärung eingegangenen Arztberichten zu entnehmen ist, dass eine effektive Veränderung der gesundheitlichen Situation im entscheiderelevanten Referenzzeitraum stattgefunden hat (oder nicht).

**4.2** Die IV-Stelle hat in ihrer Vernehmlassung zum psychiatrischen Gutachten vom 29. Februar 2020 einerseits und der (abweichenden) Einschätzung der behandelnden Psychiaterin G. \_\_\_\_\_ andererseits in ihrer Vernehmlassung u.a. wie folgt Stellung genommen und dabei den Beweiswert des Gutachtens bejaht:

Das Gutachten von med.pract. AD. \_\_\_\_\_ wurde in Kenntnis und Berücksichtigung sämtlicher Vorakten erstellt. Die geklagten Beschwerden wurden zur Kenntnis genommen. Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen. Die anschliessenden Beurteilungen sind ebenso wie die Schlussfolgerungen zu den Diagnosen und Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nachvollziehbar, schlüssig und widerspruchsfrei. Das Gutachten wurde auch von RAD-Arzt Dr. L. \_\_\_\_\_ als nachvollziehbar und schlüssig beurteilt (IV-act. 84).

(4.) Namentlich erfolgte die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der Standardindikatoren. Zur Gesundheitsschädigung führte die Gutachterin aus, dass der gutachtlich erhobene psychopathologische Befund weitestgehend unauffällig ausgefallen sei. Im Längsverlauf wurden die bisherigen zwei Aufenthalte in der psychosomatisch ausgerichteten Clinica E. \_\_\_\_\_ und der Aufenthalt in der Klinik K. \_\_\_\_\_ im Sommer 2019 einerseits sowie die Behandlung bei Dr. R. \_\_\_\_\_, dem Psychologen Herrn S. \_\_\_\_\_ sowie Dr. G. \_\_\_\_\_ andererseits berücksichtigt und hervorgehoben, dass eine psycho-pharmakologische Medikation abgesehen von einer rund sechs Monate dauernden Phase im Jahr 2017 nie erfolgt sei und dennoch die mehrwöchigen Klinikaufenthalte zur Besserung der psychischen Probleme und Beschwerden und Stabilisierung geführt hätten. Der Beschwerdeführer habe eine Medikation trotz wiederholter Empfehlung seitens der behandelnden Ärzte abgelehnt, was gegen die Darstellung von so gravierenden oder belastenden psychischen Beschwerden spreche (IV-act. 75-40/46). Verwiesen wurde auf die aktuell sowie in der Vergangenheit stattgefundene niederfrequente ambulante Behandlung, welche angesichts der leichten psychischen Problematik als völlig adäquat eingeschätzt wurde (IV-act. 75-41/46). Hinsichtlich der Eingliederungsbemühungen berücksichtigte die Gutachterin das Arbeitstraining beim AF. \_\_\_\_\_ in AG. \_\_\_\_\_. Hervorzuheben sei dort vor allem eine sehr schwankende Motivation zur Arbeit (IV-act. 75-38/46). Die Auffälligkeiten interpretierte die Gutachterin im Rahmen von psychosozialen Belastungen (IV-act. 75-43/46). Namentlich zu erwähnten sind die prekäre finanzielle Situation mit Abhängigkeit von der Sozialhilfe, die Wohnsituation, die (subjektiv als schlecht empfundene) Behandlung der Polizei, Rechtsstreitigkeiten mit dem ehemaligen Geschäftspartner (IV-act. 75-10/46; 30/46; 32f./46; 34/46). Ergänzend verwies die Gutachterin in der Stellungnahme vom 18. September 2020 auf weitere Belastungsfaktoren im Vorfeld der geltend gemachten psychischen Probleme: Trennung von der Ehefrau, alleinstehender Vater eines minderjährigen Sohnes; als "Quereinsteiger" Überforderung mit der Tätigkeit als Geschäftsführer zweier Firmen auf dem Finanzsektor, Notwendigkeit des Hausverkaufs (IV-act. 91-6/7). Die Gutachterin hielt dazu fest, die psychosoziale Problematik habe den gesamten bisherigen Verlauf dominiert (IV-act. 75-41/46). Hinsichtlich der Persönlichkeit erkannte die Gutachterin akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und gewissen histrionischen Anteilen. An Ressourcen verwies die Gutachterin auf gute intellektuelle, kognitive (Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung) und mnestiche Fähigkeit, gutes Fachwissen, eine gute Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, kreative Fähigkeiten sowie ein gutes Durchhaltevermögen bzw. eine gute Ausdauer. Belastend berücksichtigt wurden als Reaktion auf die wiederholten psychosozialen Belastungen depressive und Angstsymptome, wobei das Ausmass der qualitativen oder ggf. quantitativen Einschränkung leichtgradig und zeitlich begrenzt gewesen sei (IV-act. 75-43/46). Zum sozialen Kontext ist neben den erwähnten

(nicht invalidisierenden) psychosozialen Faktoren etwa die Pflege von mehreren Freundschaften oder die erhaltene motorisierte Mobilität (Auto fahren) als positive Ressource zu nennen. Geprüft wurde schliesslich die Konsistenz. Die Gutachterin verweist auf Diskrepanzen in der aktuellen Exploration einerseits (weitgehend unauffälliger psychopathologischer Befund, dagegen eigenwillig anmutendes subjektives Krankheitskonzept in der Befundung bzw. geltend gemachte Beschwerden: dauerhaft erschöpft, kraftlos, Ängste, Konzentrationsprobleme, Wortfindungsstörungen) sowie im Längsverlauf andererseits (deutliche Diskrepanzen und Widersprüche zwischen den angegebenen Beschwerden und der wenig auffälligen Psychopathologie gemäss Arztbericht von Dr. R. \_\_\_\_\_ vom 7. April 2017; IV-act. 13-8/11; Diskrepanz zwischen beobachtetem und beschriebenem psychischen Funktionsniveau in der Klinik K. \_\_\_\_\_ im Sommer 2019; IV-act. 75-42/46). Die Gutachterin verwies explizit auf Aggravationstendenzen (IV-act. 75-43/46). Dass die Gutachterin in der Gesamtschau der Indikatoren eine psychische Störung mit Auswirkung auf die Erwerbstätigkeit nicht nachzuweisen vermochte, erscheint aus Sicht der Vorinstanz nachvollziehbar.

Des Weiteren hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung u.a. sinngemäss festgehalten:

- dass bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen sei, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (S. 3, Ziff.6);
- dass die Gutachterin im Gegensatz zur behandelnden Ärztin über sämtliche Vorakten verfügte und dadurch einen (anderen) Eindruck über den Krankheitsverlauf gewinnen konnte (S. 3, Ziff. 6 in fine);
- dass die behandelnde Psychiaterin an der Diagnose einer depressiven Störung festhalte und eine Behandlung auch ohne Medikation als leitliniengerecht erachte, hingegen die Behandler wiederholt die Einnahme psychopharmakologischer Medikation diskutiert bzw. empfohlen habe, was der Beschwerdeführer ablehne (IV-act. 39-1/2; 63-5/6), was gegen einen erheblichen Leidensdruck spreche (S. 4, Ziff. 10);
- dass die behandelnde Psychiaterin eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziere, ohne jedoch diese Diagnose detailliert herzuleiten; namentlich seien bereits seit der Jugend bzw. dem frühen Erwachsenenalter bestehende, unangepasste Denk- und Verhaltensmuster nicht dokumentiert; der Versicherte sei jahrzehntelang erfolgreich einer Berufstätigkeit nachgegangen fähig gewesen, langdauernde Beziehungen zu führen (S. 4f., Ziff. 11);
- dass die behandelnde Psychiaterin aus dem Umstand, wonach der Versicherte verbeiständet sei, die Dienste der AH. \_\_\_\_\_ beanspruche und vom Sozialamt lebe, die psychische Erkrankung abzuleiten scheine, bzw. sinngemäss argumentiere, dass der Versicherte - wenn er psychisch gesund wäre - nicht so leben würde, wie er dies tue (S. 5, Ziff. 12);
- dass gemäss den eingehenden Ausführungen der Gutachterin zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund stünden bzw. die von der Klinik K. \_\_\_\_\_ beschriebene Beschwerdenproblematik auf dem Boden einer psychosozialen Belastung entstanden sei (S. 5, Ziff. 13);
- und dass die behandelnde Psychiaterin die angesprochenen Inkonsistenzen in Darstellung, Angaben und beobachtbarem Verhalten als krankheitsimmanent

erachte. Demgegenüber zähle die Gutachterin die Inkonsistenzen nicht zu den Merkmalen einer histrionischen Persönlichkeitsstörung. Für die festgestellten Inkonsistenzen fände sich keine medizinische Begründung. Die Gutachterin habe insgesamt eine grosse Diskrepanz zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem klinischen Eindruck festgestellt (S. 5, Ziff. 14).

**4.3.1** In ihrer Kritik am erwähnten Gutachten knüpft die behandelnde Psychiaterin in ihrer Stellungnahme vom 23. November 2020 (S. 2 oben) an folgende Schlussfolgerung der Gutachterin an (IV-act. 91-5/7 oben):

Die damalige Vorgehensweise (Etablierung eines Helfernetzes) erscheint aus gutachterlicher-psychiatrischer Sicht nicht adäquat. Somit wurden sowohl die Anspruchshaltung des Versicherten wie auch seine inadäquaten Regressionstendenzen weiter gefördert.

Diese Ausführungen der Gutachterin erfolgten im Zusammenhang mit den Angaben des früher behandelnden Psychiaters Dr.med. R.\_\_\_\_\_, welcher in seinem Bericht vom 7. April 2017 - bei einer weitgehend unauffälligen Psychopathologie - vor allem eine Störung des Sozialverhaltens sowie eine Anspruchshaltung und auch inadäquate Regressionstendenzen feststellte. Diese Angaben veranlassten Dr.med. R.\_\_\_\_\_, die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung schrittweise zu begrenzen, "um die Regressionstendenzen zu durchbrechen" (vgl. IV-act. 91-4/7 unten i.V.m. 13.8/11 Mitte, 13-10/11 oben und 13-11/11; anzufügen ist, dass der gleiche behandelnde Psychiater im erwähnten Bericht vom 7. April 2017 im Ergebnis eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit des Versicherten verneinte, IV-act. 13-11/11 Mitte).

In ihrer Stellungnahme vom 23.11.2020 (S. 2 oben) macht die behandelnde Psychiaterin ausdrücklich geltend: "Die 'inadäquate Regressionstendenz' ist übrigens die Krankheit des Patienten, eine Regression, die auch zur Anspruchshaltung führt. (...)"

Wenn aber bereits im Rahmen des ersten IV-Abklärungsverfahrens der behandelnde Psychiater Dr. R.\_\_\_\_\_ nebst der Störung des Sozialverhaltens (inadäquate) Regressionstendenzen des Versicherten thematisierte und die nachfolgende Behandlerin selber ausdrücklich eine "inadäquate Regressionstendenz" (welche zu einer Anspruchshaltung führe) im zweiten IV-Abklärungsverfahren als massgeblich bezeichnet, kann darin keine relevante Veränderung erblickt werden, welche (abweichend vom ersten IV-Abklärungsverfahren) zu einem Rentenanspruch verhelfen könnte.

**4.3.2** Analoges gilt auch für den Vergleich der psychopathologischen Befunde im Rahmen des ersten IV-Abklärungsverfahrens einerseits und in der Folge im Rahmen des zweiten IV-Abklärungsverfahrens andererseits. Dr.R.\_\_\_\_\_ stellte gemäss seinem Bericht vom 7. April 2017 ausdrücklich eine wenig auffälli-

ge Psychopathologie fest (IV-act. 13-10/11 oben). Auch der psychopathologische Befund anlässlich der Begutachtung war weitgehend unauffällig. So sind dem Gutachten u.a. folgende Untersuchungsbefunde zu entnehmen (IV-act. 75-29f./46):

- dass die Aufmerksamkeit, Konzentration und die Auffassung während der knapp 4-stündigen Untersuchung gut waren;
- dass keine Wortfindungsstörungen feststellbar waren;
- dass die mnestischen Fähigkeiten (Kurzzeit-/ Langzeitgedächtnis) unauffällig waren;
- dass die (subjektiv) geltend gemachten Konzentrationsstörungen während der mehrstündigen Untersuchung nicht feststellbar waren (im Gegenteil fiel der Gutachterin auf, dass immer dann, wenn sie den Versicherten unterbrechen musste, um seine Angaben wortgetreu notieren zu können, er jeweils problemlos nach solchen Unterbrechungen den roten Faden aufnehmen und seine Erzählung exakt an der richtigen Stelle fortsetzen konnte, vgl. IV-act. 75-28/46 oben);
- dass die kognitiven bzw. intellektuellen Fähigkeiten nach dem klinischen Eindruck im Normbereich lagen;
- dass das formale Denken des Versicherten stets geordnet, kohärent und nachvollziehbar war;
- dass sich keine Anhaltspunkte für Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen finden liessen;
- dass er im affektiven Ausdruck stets lebhaft, angepasst und adäquat erschien;
- dass der Antrieb (Mimik, Gestik, Spontaneität, Sprache, Sprechfluss) unauffällig war;
- dass eine psychomotorische Unruhe nicht beobachtet werden konnte;
- dass eine Ängstlichkeit und/oder vegetative Angstkorrelate nicht erkennbar waren;
- dass Panikattacken nicht eruiert werden konnten, analog auch keine Störungen der Selbststeuerung bzw. der Impulskontrolle (usw.)
- und schliesslich lediglich eine gewisse Akzentuierung der Persönlichkeit in Form gewisser narzisstischer und (aktuell auch) histrionischer Züge eruiert werden konnte.

Damit ergibt ein Vergleich der psychopathologischen Befunde keine relevante Veränderung zum ersten IV-Abklärungsverfahren.

Dies gilt grundsätzlich auch für die Berichte der behandelnden Psychiaterin, welche am 14. Juni 2020 u.a. festhält (vgl. IV-act. 87-4f./8, zunächst werden die weitgehend deckungsgleichen Angaben aufgeführt, hinsichtlich gewisser Divergenzen siehe nachfolgend):

- bewusstseinsklar, zu allen Ebenen orientiert, mässig gepflegt;
- im Kontakt leutselig;
- starkes Mitteilungsbedürfnis;
- Auffassung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis unauffällig; kohärent;

- Keine Zwänge, keine Hinweise für Wahngedanken;
- Keine Wahrnehmungsstörungen, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen,

Etwas abweichend schildert die behandelnde Psychiaterin unter anderem, dass der Versicherte im Kontakt dramatisierend sei. Wenn man seinen Aussagen keinen Glauben schenke, würden die Darstellungen häufig mehr dramatisiert. Auch lasse er sich durch Einwände schnell aus dem Konzept bringen. Sodann fühle er sich gestört, wenn der andere ihn zu häufig unterbreche. Er rede ausschliesslich über sich in Grössenideen, meistens aber als Opfer anderer und über seine diversen Symptome. Er habe keine Fähigkeit zur Selbstreflexion. Hinweise zur Selbstverantwortung erlebe er als kränkend und stürze ihn in eine Krise, dann drohe er auch schnell damit, seinem Leben ein Ende zu setzen (manipulierendes Verhalten, um vom Gegenüber die entsprechende Aufmerksamkeit zu erlangen). Im formalen Gedankengang sei er weitschweifig, häufig den Faden verlierend. Sodann beschreibe er Ängste vor Menschenansammlungen, in öffentlichen Verkehrsmitteln, vor Geräuschen. Im Affekt sei er oberflächlich und labil, im Antrieb meistens gemindert (vgl. IV-act. 87-4f./8).

Allerdings hat die behandelnde Psychiaterin diese etwas abweichenden Befunde gleich selber wieder relativiert, indem sie im gleichen Bericht u.a. ausführte: "dann aber auch normaler Antrieb. Keine akute Suizidalität" (IV-act. 87-5/8 oben). In ihrem Bericht vom 22. März 2019 an die KESB wies die behandelnde Psychiaterin ausdrücklich auf "Übertreibungen" des Versicherten hin. Abgesehen davon wurde bereits im ersten IV-Abklärungsverfahren ein schwankendes Zustandsbild, ein verminderter Antrieb ("er konnte sich nur für einen Tag fürs Skifahren aufrufen") verstärkte Ängste, Kränkungen etc. vorgebracht (siehe IV-act. 13-9ff./11). Im Lichte solcher bereits im ersten IV-Abklärungsverfahren festgestellten Verhaltensweisen des Versicherten ist diesbezüglich keine relevante Veränderung erkennbar. Dafür sprechen auch die nachfolgenden Ausführungen.

**4.3.3** Auch daraus, dass der Versicherte weiterhin in der Lage ist, einen Personenwagen zu lenken (vgl. IV-act. 75-24/46 unten) und problemlos in der Lage war, die über eine Stunde dauernde Anreise vom Wohnort zum Begutachtungsort alleine mit seinem PW zu absolvieren (IV-act. 72-27/46), kann im Vergleich zum ersten IV-Abklärungsverfahren keine relevante Veränderung abgeleitet werden. Anzuführen ist, dass die behandelnde Psychiaterin keine schlüssige Begründung vorgebracht hat, weshalb der Versicherte weiterhin in der Lage ist, problemlos als Lenker am Strassenverkehr teilzunehmen, gleichzeitig er aber *krankheitsbedingt* nicht mehr in der Lage sein soll, seinen Einpersonenhaushalt ohne externe Unterstützung bewältigen zu können. Soweit der Versicherte im Rahmen seiner Anspruchshaltung auf Dritthilfe beharrt - welche notabene bereits im ers-

ten IV-Abklärungsverfahren thematisiert wurde (vgl. IV-act. 13-9/11: "Mit der Spixtex, die ihm zuhause aufräumen soll und helfen soll...") - begründet dies keine relevante Veränderung zu den Fakten des ersten Abklärungsverfahrens.

**4.3.4** Was die Frage einer Medikation anbelangt, ist im ersten Abklärungsverfahren noch eine gewisse Einnahme eines Antidepressivums (Brintellix) aktenkundig (IV-act. 13-10/11 unten und IV-act. 13-9/11 oben, wonach der Versicherte gegenüber dem behandelnden Psychiater ausführte, auf Medikamente wolle er vorerst verzichten). Demgegenüber führte der Versicherte gegenüber der Gutachterin anlässlich des Explorationsgesprächs vom 19. Januar 2020 aus, dass er keine Psychopharmaka einnehme (vgl. IV-act. 75-23/46 oben). Dieser Verzicht auf eine Medikation wird auch von der behandelnden Psychiaterin bestätigt (IV-act. 87-7/8 unten). Mithin lässt sich hinsichtlich der Medikation keine Veränderung feststellen, welche verglichen mit dem ersten IV-Abklärungsverfahren als Verschlechterung bzw. als relevant für einen Rentenanspruch betrachtet werden könnte.

**4.3.5** Soweit die behandelnde Psychiaterin die Problematik des Versicherten in einem erheblichen sozialen Abstieg erblickt (vgl. IV-act. 87-5/8 unterhalb der Mitte), handelt es sich dabei - im Vergleich zum ersten IV-Abklärungsverfahren - um nichts Neues, da das Ausscheiden des Versicherten (als Mitinhaber der betreffenden Firmen) sowie sein Rückzug im Sozialleben bereits im ersten IV-Abklärungsverfahren thematisiert wurde (vgl. IV-act. 13-10/11 oben; IV-act. 16-2f/10; IV-act. 16-7/10). In diesem Zusammenhang ist der Kritik der behandelnden Psychiaterin am erwähnten psychiatrischen Gutachten (wonach die Gutachterin nicht plausibel erklärt habe, warum eine psychisch gesunde Person einen Beistand, die AH. \_\_\_\_\_, phasenweise eine psychische Doppelbehandlung sowie wirtschaftliche Unterstützung vom Sozialamt in Anspruch nehmen, vgl. die Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 23.11.2020, S. 1 unten) was folgt entgegenzuhalten. Diese Kritik der behandelnden Psychiaterin läuft auf eine (im IV-Verfahren unzulässige) "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation hinaus. Allein aus dem Umstand, wonach der Versicherte die erwähnten Leistungen beansprucht, kann grundsätzlich kein Rentenanspruch hergeleitet werden. Wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 5 Ziff. 12) zutreffend dargelegt hat, ist das in der Medizin vertretene bio-psycho-soziale Krankheitsmodell bedeutend weiter gefasst als der für die Belange der Rechtsanwendung im Bereich der IV-Leistungen massgebende Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Mit der Vorinstanz ist festzuhalten, dass eine psychosoziale Belastungssituation in einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell Platz findet, aber nicht dem IV-rechtlich massgebenden Begriff des Gesundheitsschadens gleichgesetzt werden

darf. Den diesbezüglichen Ausführungen der Vorinstanz in der Vernehmlassung (Ziff. 12) ist uneingeschränkt beizupflichten.

**4.3.6** Daran anschliessend ist auf die Thematik der festgestellten Inkonsistenzen einzugehen. Bereits im ersten IV-Abklärungsverfahren wurden Inkonsistenzen festgestellt. So fiel dem damals behandelnden Psychiater Dr.med. R.\_\_\_\_\_ auf, dass sich ihm gegenüber der Versicherte als vollständig arbeitsunfähig präsentierte, gleichzeitig aber der Versicherte gemäss Bericht vom 7. April 2017 weiterhin (als eines von insgesamt 4 Mitgliedern) in der Rechnungsprüfungskommission des V.\_\_\_\_\_ tätig blieb (vgl. IV-act. 13-9/11 unten). Ergänzend ist festzuhalten, dass es sich beim V.\_\_\_\_\_ mit den steuergünstigen Gemeinden AI.\_\_\_\_\_, AJ.\_\_\_\_\_ und AK.\_\_\_\_\_ um den finanzkräftigsten Bezirk des Kantons AL.\_\_\_\_\_ handelt, mithin die Tätigkeit als eines von insgesamt 4 Mitglieder dieser staatlichen Kommission grundsätzlich hohe Anforderungen stellt (siehe dazu auch den Staatskalender 2016 - 2018, S. 171 unten). Mit anderen Worten wäre zu erwarten gewesen, dass der Versicherte - soweit er nach dem Vorkommnis vom 14. September 2015 tatsächlich gesundheitsbedingt nicht mehr in der Lage gewesen wäre, sich mit finanziellen Fragen hinreichend auseinanderzusetzen - umgehend den Rücktritt aus der Rechnungsprüfungskommission erklärt hätte und nicht mehr für 2016/2017 zur Verfügung gestanden wäre, was nach der Aktenlage nicht zutrifft (siehe auch den vorerwähnten Staatskalender, mit Stand am 2.November 2016).

Weitere Inkonsistenzen wurden im Gutachten vom 29. Februar 2020 u.a. hinsichtlich gute Aufmerksamkeit/Konzentration, Erinnerungslücken, fehlende Auskunftsbereitschaft, Umschreibung des Vorfalls vom 14.9.2015, berufliche Anamnese, Gewichtsschwankungen, Wortfindungsstörungen, Ängstlichkeit, Panikattacken thematisiert (vgl. IV-act. 75-28ff./46; siehe auch Ziff. 7.3 des Gutachtens, IV-act. 75-41f./46). Entgegen der Argumentation der behandelnden Psychiaterin können solche Inkonsistenzen nicht einfach mit der sinngemässen Begründung, dass sie krankheitsimmanent seien (IV-act. 87-8/8 oben), beseitigt werden. Namentlich ist nicht einzusehen, dass die unterschiedliche Umschreibung des Vorfalles vom 14. September 2015 (und zwar bereits im Rahmen der ersten IV-Abklärung) teilweise als "Überfall" (IV-act. 10-2/6 oben; 13-8/11 unten; 30-1/3 unten; 31-1/9 unten; 47; 75-18/46 oben) und teilweise als "Fahrrad-Unfall" (IV-act. 5-5/5, 9-2/7 oben, IV-act. 75-28/46 unterhalb der Mitte; 75-32/46 oberhalb der Mitte) auf eine relevante psychische Erkrankung zurückzuführen wäre. Jedenfalls kann daraus, dass diese unterschiedliche Umschreibung bereits im ersten IV-Abklärungsverfahren bemerkt wurde, keine relevante Veränderung hergeleitet werden.

Schliesslich ist auch in der Tatsache, dass die Persönlichkeit des Versicherten gemäss der Aktenlage unterschiedlich beschrieben wurde und zwar bereits im Rahmen des ersten IV-Abklärungsverfahrens (vgl. IV-act. 75-35/46), hier keine relevante Veränderung zu erblicken. Dies gilt erst recht, als es sich bei einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 grundsätzlich um dauerhafte, stabile und unangepasste Denk- und Verhaltensmuster handelt, welche regelmässig seit der späten Kindheit oder Adoleszenz beginnen, was hier nicht ausgewiesen ist (vgl. IV-act. 75-35/46 unten i.V.m. Horst Dilling/Werner Mombour/Martin Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), 10. Auflage, S. 274f.). Diesbezüglich kann auch auf die vorinstanzlichen Ausführungen in der Vernehmlassung (Ziff. 11) verwiesen werden, denen nichts beizufügen ist.

**5.** Aus all diesen Gründen ist eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im massgeblichen Vergleichszeitpunkt weder evident, noch existiert hierfür eine beweiskräftige medizinische Grundlage, welche solche Veränderungen hinreichend dokumentieren würde. Daraus, dass die aktuell behandelnde Psychiaterin eine andere Arbeitsfähigkeitsbeurteilung vornimmt als der früher behandelnde Psychiater gemäss der damaligen Einschätzung vom 7. April 2017, ist aus revisionsrechtlicher Optik kein Rentenanspruch herleitbar. Die Beschwerde erweist sich nach dem Gesagten als unbegründet. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer auferlegt. Auf das Inkasso wird derzeit unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege verzichtet.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Auf das Inkasso wird derzeit unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege verzichtet. Sollte der Beschwerdeführer innert 10 Jahren seit der Rechtskraft dieses Entscheids finanziell in der Lage sein, diese Kosten zu decken, hat er sie dem Gericht nachträglich zu bezahlen (§ 75 Abs. 3 VRP).
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
  - den Beschwerdeführer (R und A-Plus)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen (A).

AL. \_\_\_\_\_, 12. März 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 18. März 2021

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

