

BGer 8C_495/2018 vom 24. Januar 2019

Bundesgericht, 2019-01-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_495_2018

FR: TF 8C_495/2018 du 24 janvier 2019

IT: TF 8C_495/2018 del 24 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss den Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG), und kann deren Sachverhaltsfeststellung nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinn von Art. 95 BGG beruht und die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 und Art. 105 Abs. 2 BGG). Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht, unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen).

E. 2

Streitig ist, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzte, indem sie den mit Neuanschuldung vom 22. Februar 2016 geltend gemachten Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneinte. Dabei ist zu prüfen, ob im - unbestrittenen - Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 15. Januar 2013 und derjenigen vom 19. September 2017 eine Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat, die nach den analog anwendbaren revisionsrechtlichen Massstäben erheblich ist.

E. 3.1

Das kantonale Gericht legte die massgebenden Rechtsgrundlagen zu den Begriffen der Invalidität (Art. 7 f. ATSG, Art. 4 Abs. 1 IVG), zu den Voraussetzungen des Rentenanspruchs (Art. 6 ATSG und Art. 28 Abs. 1 IVG) und zu den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen, die bei Neuanschuldungen analog Anwendung finden (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV; Art. 17 Abs. 1 ATSG ; vgl. BGE 133 V 108 E. 4 S. 110 ff.; 134 V 131 E. 3 S. 132), zutreffend dar. Gleiches gilt für die Ausführungen zum Beweiswert von Arztberichten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352), insbesondere eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens (Urteile 9C_418/2010 vom 29. August 2011, in: SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81; 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.1.2, in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134). Darauf wird verwiesen.

E. 3.2

Hervorzuheben und zu ergänzen ist Folgendes: Anlass zu einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (bzw. zu einer Rentengewährung nach Neuanschuldung) gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuschuss der Rente (bzw. dem letzten negativen Leistungsentscheid), die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132); dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (Urteile 9C_349/2013 vom 24. Oktober 2013 E. 3.1; 9C_292/2012 vom 7. August 2012 E. 2.3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1, 8C_972/2009 E. 3.2; Urteil 8C_133/2013 vom 29. Mai 2013 E. 4.1). Liegt in diesem Sinn ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; Urteile 9C_378/2014 vom 21. Oktober 2014 E. 4.2; 9C_226/2013 vom 4. September 2013 mit weiteren Hinweisen; zum Ganzen: BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f.).

Die Rentenrevision setzt (wie gesagt) eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads voraus, m.a.W. muss die Sachverhaltsänderung "rentenwirksam" sein (BGE 133 V 545 E. 6.1 S. 546 f.; 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351; je mit Hinweisen). Für eine Rentenanpassung genügt es somit noch nicht, dass "irgendeine" Veränderung im Sachverhalt eingetreten ist. Eine hinzu getretene oder weggefallene Diagnose stellt folglich nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der erheblichen Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12).

E. 4.1

Die Vorinstanz verglich den medizinischen Sachverhalt gemäss Gutachten der MEDAS Interlaken vom 27. August 2012 (das der Verfügung vom 15. Januar 2013 zugrunde lag) mit demjenigen nach dem ABI-Gutachten vom 10. Januar 2017 (auf das sich die Verfügung vom 19. September 2017 stützt). Sie sprach dem ABI-Gutachten Beweiskraft zu und kam zum Ergebnis, dass seit der Verfügung vom 15. Januar 2013 keine wesentliche Veränderung eingetreten sei. Mithin liege auch kein Revisionsgrund vor, so dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint habe.

E. 4.2.1

Im Gutachten der MEDAS Interlaken aus dem Jahr 2012 waren folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden: eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4, ED 1996), eine chronische Depression, derzeit leicht- bis mittelgradig (F33.1, ED 1999), ein generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom (M79.89, EM 1999) sowie degenerative Diskopathien der Hals- und Lendenwirbelsäule (M51.3 ED 1996). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden diagnostiziert: eine vorbefundlich arterielle Hypertonie (I10, EM 1999), ein sinu-aortales Aneurysma

(I71.2, ED 2006), eine hypertensive Kardiopathie (I11.9, ED 2012) sowie ein kranker Sinusknoten mit Sinusbradykardie und paroxysmalem Vorhofflimmern (I49.5, ED 2012).

In rheumatologischer Hinsicht wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von acht Stunden pro Tag in einer angepassten Tätigkeit (in Wechselpositionen, ohne Anheben und Tragen von Lasten über 7 kg, ohne rezidivierendes Bücken und Aufrichten, ohne Arbeitsverrichtungen in monotoner Vorhaltung) attestiert (wobei eine anfängliche Leistungsminderung von 30 % infolge einer Schmerzchronifizierung und einer somatischen Dekonditionierung durch eine medizinische Trainingstherapie und Angewöhnung an den Arbeitsplatz korrigiert werden könnte). Aus psychiatrischen Gründen seien ihm solche angepasste Tätigkeiten allerdings nur noch maximal fünf Stunden pro Arbeitstag zumutbar, mit einer Leistungsminderung von 20 %.

Die Gutachter der MEDAS Interlaken wiesen insbesondere darauf hin, dass die vom Versicherten beklagten Schmerzen sich nicht oder nur sehr bedingt durch entsprechende somatische Korrelate erklären liessen. Dies zeigten sowohl frühere Untersuchungsbefunde als auch die aktuelle rheumatologische Teilbegutachtung. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei weiterhin gegeben und das Zustandsbild unverändert chronifiziert. Ebenso seien unverändert Verdeutlichung und Aggravation sowie eine Symptomausweitung festzustellen, wozu auch die Bewertung des Unfallgeschehens, das retrospektiv als banal einzustufen sei, zu rechnen sei.

E. 4.2.2

Gemäss Gutachten der ABI vom 10. Januar 2017 bestehen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) sowie ein mittelgradig kompensierter beidseitiger Tinnitus (ICD-10 H93.1). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien die Diagnosen der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41), ein chronisches zerviko-, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.3/M54.6/M54.5), chronische Hüftbeschwerden rechts (ICD-10 M79.65), chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8), chronische Kniebeschwerden links (ICD-10 M79.66), chronische Fersenschmerzen links (ICD-10 M79.67), chronische Beschwerden an der dominanten rechten Schulter (ICD-10 M79.61), rhythmogene Kardiopathie mit Sick-Sinus-Syndrom und paroxysmalem Vorhofflimmern (ICD I 48.0, ICD I 49.5), hypertensive Kardiopathie und sinu-aortales Aneurysma (Durchmesser 47 mm; ICD I 11.9; ICD I 71.9), anamnestisch Verdacht auf beginnende sensible Polyneuropathie (G62.9), leichtgradige Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit rechts (ICD-10 H90.3) und Adipositas (BMI 31.5 kg/m²; ICD-10 E66.0).

In einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar; körperlich schwere Tätigkeiten seien für den Beschwerdeführer hingegen ungeeignet.

Auch die Gutachter der ABI wiesen auf eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden hin. Nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck im Bereich der thorakalen Wirbelsäule bei erheblichem Rundrücken und Osteochondrose sowie an den Kniegelenken bei Degeneration des Aussenmeniskus und linksseitiger trochlearer Chondropathie. Während der Untersuchung hätten sich massive Inkonsistenzen gezeigt, und auch das wiederholte fehlende Ansprechen auf invasive und konservative Therapiemassnahmen könne als klarer

Hinweis auf eine erhebliche nicht-organische Beschwerdekomponekte angesehen werden. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden verantwortlich sei gemäss psychiatrischer Beurteilung eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, die für sich alleine allerdings nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Eine solche könne jedoch aufgrund einer aktuell leichten Episode einer rezidivierenden depressiven Störungen im Umfang von 20 % für sämtliche Tätigkeiten attestiert werden.

Hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit kamen die Experten der ABI zum Schluss, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit ab November zu bestätigen sei. Seit dem letzten Gutachten 2012 bzw. der Verfügung 2013 habe sich keine gravierende Veränderung ergeben. Die Arbeitsfähigkeit sei leicht höher einzuschätzen als im letzten Gutachten von 2012. Namentlich hält der psychiatrische Gutachter fest, dass seit der Begutachtung durch die MEDAS Interlaken 2012 nicht von einer Verschlechterung der psychischen Verfassung auszugehen sei. Es hätten sich seither keine Indikatoren für einen psychisch verschlechterten Verlauf ergeben, wie etwa Suizidversuche, psychiatrische Hospitalisation oder eine deutliche Erhöhung der Psychopharmakadosis.

E. 5.1

Der Beschwerdeführer wirft dem kantonalen Gericht zunächst vor, es habe seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, indem es sich nicht mit der Einschätzung seiner Hausärztin, Dr. med. B. _____, Praktische Ärztin FMH, vom 25. November 2017 bezüglich des Schweregrads der Schmerzstörung und der Arbeitsunfähigkeit seit Abbruch der beruflichen Massnahmen bei der C. _____ (Ende Mai 2013) auseinandergesetzt habe. Dr. med. B. _____ sei ausgebildete Schmerztherapeutin und ihre Einschätzung stehe in krassem Widerspruch zu den gutachterlichen Einschätzungen.

Zwar trifft es zu, dass sich die Vorinstanz nicht zum Schreiben der Dr. med. B. _____ äusserte. Ob dies bereits eine Gehörsverletzung darstellt, kann offenbleiben. Denn der Anspruch auf rechtliches Gehör erfordert weder eine einlässliche Auseinandersetzung mit allen Parteistandpunkten noch eine ausdrücklich Widerlegung sämtlicher Vorbringen, sondern lässt es zu, dass sich die Behörde auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränkt (BGE 141 IV 249 E. 1.3.1 S. 253). Im Zusammenhang mit den Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin Dr. med. D. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. September 2017 und des Schmerztherapeuten Dr. med. E. _____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, vom 16. September 2017, führte das kantonale Gericht zutreffend aus, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes und des Begutachtungsauftrags des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) es nicht zulasse, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangten. Vorbehalten blieben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdränge, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben seien (vgl. Urteile 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.5, in: SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148; Urteil I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.1, in: SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43). Die Vorinstanz verneinte dies zu Recht für beide fachärztlichen Stellungnahmen. Gleiches gilt auch für die Einschätzung der Hausärztin: Auch deren knapp gehaltene Ausführungen vermögen die gutachterlichen Ausführungen nicht in Zweifel zu ziehen. Selbst wenn eine Gehörsverletzung zu bejahen wäre, würde eine

Rückweisung somit lediglich zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197 f. mit Hinweisen).

E. 5.2

Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, die Beschwerdegegnerin habe es in Verletzung ihrer Untersuchungspflicht unterlassen, Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte einzuholen. Daher hätten sich die Experten nicht mit den abweichenden Einschätzungen zum Schweregrad der Diagnosen und dem Verlauf der Arbeitsunfähigkeit auseinandersetzen müssen, weshalb das ABI-Gutachten nicht umfassend und schlüssig sei. Dem ist mit der Vorinstanz entgegenzuhalten, dass kein Anlass bestand, solche Verlaufsberichte einzufordern, weil der Beschwerdeführer selbst mit der Neuanschuldung die seit der letzten Begutachtung durch die MEDAS Interlaken im Jahr 2012 ergangenen - und damit aktuellen - Berichte aufgelegt hatte. Die Gutachter kannten diese medizinischen Akten und nahmen dazu Stellung, wobei es den Beweiswert des Gutachtens unter den hier gegebenen Umständen nicht schmälert, dass die medizinischen Vorakten keine Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit enthalten.

E. 5.3

Soweit der Beschwerdeführer - beiläufig und ohne sich mit den vorinstanzlichen Erwägungen eingehender zu befassen - wiederum beanstandet, dass das psychiatrische Teilgutachten den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten nicht genüge, dringt er nicht durch. Wie schon die Vorinstanz festhielt, schreiben weder das Gesetz noch die Rechtsprechung eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vor (Urteile 8C_105/2017 vom 6. Juni 2017 E. 4.4; 9C_715/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3.2) und verliert ein Gutachten nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die erwähnten Qualitätsrichtlinien anlehnt (Urteil 8C_734/2016 vom 12. Juli 2017 E. 3.9). Der Beschwerdeführer legt weiterhin nicht dar, was sich vorliegend bei leitlinienkonformem Vorgehen hinsichtlich Qualität und Aussagekraft des Gutachtens ändern würde.

E. 5.4

Auch die weiteren Einwände des Beschwerdeführers gegen die Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens im Besonderen vermögen nicht zu überzeugen: Zunächst stellt der Hinweis des psychiatrischen Gutachters, der Befund entspreche "der früher verwendeten Bezeichnung eines unklaren syndromalen Beschwerdebilds" nicht die Begründung dafür dar, dass er der chronischen Schmerzstörung keine Wirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zumass. Diese Schlussfolgerung ergibt sich vielmehr aus der gesamten Untersuchung sowie den festgestellten Diskrepanzen zwischen Befunden und Selbsteinschätzung. Der Gutachter trug sodann den Schlafstörungen (und der damit verbundenen erhöhten Ermüdbarkeit) durchaus Rechnung, indem er sie als Symptom der depressiven Störung wertete. Er erkannte, dass die höheren Ich-Funktionen intakt sind und setzte sich auch mit den Eingliederungsversuchen und Therapiemassnahmen auseinander. Zudem gab er die Angaben des Beschwerdeführers zu seinen körperlichen und psychischen Beschwerden, zum sozialen Umfeld, zu Tagesablauf, Einschränkungen im Alltag und Freizeitgestaltung sowie zu seinen Zukunftsvorstellungen wieder. Schliesslich trifft es zwar zu, dass die Gutachter des ABI keine Feststellungen zu Persönlichkeitsstörungen getroffen

haben. Da aber bereits die Gutachter der MEDAS eine anankastische Persönlichkeitsstörung verneint hatten, kann der Beschwerdeführer daraus, dass im ABI-Gutachten keine Persönlichkeitsstörung als ressourcenhemmender Faktor diskutiert wird, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Im Ergebnis ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz dem Gutachten der ABI vom 10. Januar 2017 Beweiskraft zusprach.

E. 5.5

Die Gutachter der ABI legten in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dar, dass seit der letzten Begutachtung keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Sowohl die psychischen als auch die physischen Beschwerden werden in diagnostischer Hinsicht und in ihrer Intensität nicht wesentlich voneinander abweichend beschrieben, zumal die Gutachter lediglich eine leicht höher einzuschätzende Arbeitsfähigkeit feststellten. Wesentliche Änderungen ergeben sich auch nicht daraus, dass das Zumutbarkeitsprofil in qualitativer Hinsicht angepasst wurde, indem wegen des Tinnitus Tätigkeiten in einer Umgebung mit erhöhtem Geräuschpegel für den Beschwerdeführer ungeeignet sind und er wegen eines Herzschrittmachers für Arbeitsplätze mit starker elektromagnetischer Interferenz nur eingeschränkt einsetzbar ist, auch wenn das System MRI-fähig ist.

An diesem Ergebnis ändert die Rechtsprechung gemäss BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 nichts, wonach grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Da die Neubeurteilung des Leistungsanspruchs stets eine anspruchrelevante Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraussetzt (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10; s. vorne E. 3.2), spielt es keine Rolle, ob ein rechtskräftig beurteilter, unveränderter Sachverhalt nach einer neuen Rechtsprechung rechtlich anders eingeordnet würde. Die Rechtsprechungsänderung stellt für sich allein keinen Neuanmeldungs- oder Revisionsgrund dar (BGE 141 V 585 E. 5.3 S. 588 f.). Daher ist in diesem Kontext nicht entscheidend, ob die Vorinstanz und die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer Aggravation als Ausschlussgrund (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2 S. 288) ausgingen und hinsichtlich der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren kein strukturiertes Beweisverfahren durchführten, um die funktionellen Auswirkungen der Störung abzuschätzen. Die Vorinstanz verneinte demnach einen Rentenanspruch gestützt auf die Neuanmeldung zu Recht mangels einer relevanten sachverhaltlichen Veränderung im massgebenden Zeitraum. Weiterer Abklärungen bedarf es nicht. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet.

E. 6

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat der unterliegende Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das bundesgerichtliche Verfahren (im Sinn der unentgeltlichen Prozessführung) kann indessen entsprochen werden, da die Bedürftigkeit ausgewiesen ist, die Beschwerde nicht als aussichtslos zu bezeichnen und die Vertretung durch einen Rechtsanwalt geboten war (Art. 64 Abs. 1 und 2 BGG). Ausdrücklich wird jedoch auf Art. 64 Abs. 4 BGG aufmerksam gemacht, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten haben wird, wenn sie später dazu in der Lage ist.

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