

BGer 9C_519/2014 vom 14. Oktober 2015

Bundesgericht, 2015-10-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_519_2014

FR: TF 9C_519/2014 du 14 octobre 2015

IT: TF 9C_519/2014 del 14 ottobre 2015

Erwägungen

E. 1.1

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit 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 oder es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (BGE 140 V 136 E. 1.1 S. 137 f.). Das Bundesgericht prüft indessen, unter Berücksichtigung der allgemeinen Rüge- und Begründungspflicht (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), nur die geltend gemachten Vorbringen, falls allfällige weitere rechtliche Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 138 I 274 E. 1.6 S. 280; vgl. auch BGE 140 V 136 E. 1.1 S. 138).

E. 1.2

Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz auf Rüge hin oder von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Artikel 95 beruht, und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 105 Abs. 2 BGG und Art. 97 Abs. 1 BGG). Das Vorliegen dieser Voraussetzungen hat die beschwerdeführende Person genau darzulegen. Dazu genügt es nicht, einen von den tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanz abweichenden Sachverhalt zu behaupten oder die eigene Beweiswürdigung zu erläutern (BGE 137 II 353 E. 5.1 S. 356; Urteil 9C_779/2010 vom 30. September 2011 E. 1.1.2 mit Hinweisen, nicht publ. in: BGE 137 V 446 , aber in: SVR 2012 BVG Nr. 11 S. 44).

Eine Sachverhaltsfeststellung ist nicht schon dann offensichtlich unrichtig, wenn sich Zweifel anmelden, sondern erst, wenn sie eindeutig und augenfällig unzutreffend ist (BGE 132 I 42 E. 3.1 S. 44). Es liegt noch keine offensichtliche Unrichtigkeit vor, nur weil eine andere Lösung ebenfalls in Betracht fällt, selbst wenn diese als die plausiblere erschiene (vgl. BGE 129 I 8 E. 2.1 S. 9; Urteil 9C_967/2008 vom 5. Januar 2009 E. 5.1). Diese Grundsätze gelten auch in Bezug auf die konkrete Beweiswürdigung (Urteile 9C_999/2010 vom 14. Februar 2011 E. 1 und 9C_735/2010 vom 21. Oktober 2010 E. 3; Urteil 9C_779/2010 vom 30. September 2011 E. 1.1.2 mit Hinweisen, nicht publ. in: BGE 137 V 446 , aber in: SVR 2012 BVG Nr. 11 S. 44).

E. 2.1

Streitig ist der Rentenanspruch des Versicherten. Dabei ist zu prüfen, ob das kantonale Gericht den Gesundheitszustand (Art. 3 Abs. 1 ATSG) und die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (Art. 6 und Art. 7 ATSG) als wesentliche Voraussetzungen für die

Annahme einer Invalidität (Art. 8 Abs. 1 ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG) zutreffend beurteilt hat.

E. 2.2

Im angefochtenen Entscheid werden die gesetzliche Bestimmung zum Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 Abs. 2 IVG) und die ärztliche Aufgabe bei der Invaliditätsbemessung (BGE 125 V 256 E. 4 S. 261 mit Hinweisen) richtig dargelegt. Darauf wird verwiesen.

E. 2.3

Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach) ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen und psychosozialen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, z.B. eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Ist andererseits eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten (eventuell in einem geschützten Rahmen) und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.; Urteil 9C_710/2011 vom 20. März 2012 E. 4.2).

E. 2.4

Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können - insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente - Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren (vgl. BGE 139 V 547 E. 9.1.3 S. 566), wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern bei der Prüfung eines sozialen Rückzuges regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig. Bei medizinisch unklaren Beschwerdebildern nimmt die Plausibilitätsprüfung naturgemäss

einen besonderen Stellenwert ein (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297).

Die medizinischen Experten, denen eine entscheidende Rolle zukommt, haben im Einzelnen zu begründen und mittels ihrer Feststellungen und Einschätzungen zu Leidensdruck, psychischen Ressourcen oder funktionellen Defiziten darzulegen, in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, oder aber festzuhalten, dass die Beantwortung dieser Frage - trotz Ausschöpfung aller Möglichkeiten fachgerechter Exploration - nicht oder nicht sicher genug möglich ist (vgl. ULRICH MEYER, Die psychiatrische Begutachtung als Angelpunkt der juristischen Beurteilung: Entwicklung und Perspektiven, in: Gächter/Mosimann [Hrsg.], Berufliche Vorsorge, Stellwerk der Sozialen Sicherheit, FS Hermann Walser, 2013, S. 136). Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen vage und unbestimmt, ist der der versicherten Person obliegende Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen und besteht kein Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt (BGE 140 V 290 E. 4.1 S. 297 f.; 139 V 547 E. 8.1 S. 563).

E. 3.1

Es steht aufgrund des zweiten MEDAS-Gutachtens vom 3. März 2010 fest und ist unbestritten, dass der Versicherte aufgrund seiner physischen Beeinträchtigungen (persistierende chronische Lumboischialgie rechts bei altersphysiologischen Veränderungen, lumbosakrale Chondrose, Diskusprotrusion L4/5, aktivierte Spondylarthrose der unteren lumbalen Segmente, beginnende Varusgonarthrose links mit Knorpelschaden 3. Grades und leichter retropatellärer Chondropathie [zum Begutachtungszeitpunkt symptomlos]) die frühere, bis 2004 ausgeübte Tätigkeit als Maschinenführer nicht mehr ausüben kann, indessen in einer leidensangepassten, körperlich leichten bis mittelschweren und wechselbelastenden Tätigkeit voll arbeitsfähig ist.

E. 3.2

Streitig und zu prüfen ist einzig der psychische Gesundheitszustand und die daraus allenfalls resultierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

E. 4.1

Im Gutachten der MEDAS vom 3. März 2010 wird als psychiatrische Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Distress-Symptomatik bei psychosozialer Belastungssituation mit depressiven und aggressiven Elementen festgehalten. Differentialdiagnostisch könne zwischen einer andauernden Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.8) und einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) noch nicht genügend unterschieden werden. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der diagnostischen Unklarheiten nur ungenügend quantifiziert werden; gegenüber dem Vorgutachten aus dem Jahr 2006 sei jedenfalls eine Verschlechterung eingetreten; die Restarbeitsfähigkeit liege sicher unter 70 %. MEDAS-Gutachter Dr. med. C. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, legte im psychiatrischen Teilgutachten vom 23. November 2009 und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 8. November 2010 dar, dass es sich bei einer Anpassungsstörung in der Regel um eine reaktive Störung handle und bei entsprechender biopsychosozialer Behandlung mit einer Genesung zu rechnen sei; zum Untersuchungszeitpunkt habe die

Arbeitsfähigkeit diesfalls weniger als 70 % betragen. Werde aber von der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung ausgegangen, impliziere dies schwere krankheitsbedingte Verhaltensstörungen und -auffälligkeiten mit konsekutiver Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Diesfalls liege die Restarbeitsfähigkeit unter 30 %.

In der Folge holte die IV-Stelle bei den behandelnden Ärzten des Psychiatrie-Zentrums B._____, Dr. med. D._____, Assistenzärztin, und Dr. med. E._____, Oberarzt, einen Bericht vom 10. April 2012 ein. Diese diagnostizierten eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), und äusserten den Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8). Dem Versicherten wurde eine vollständige Arbeitsfähigkeit ab 20. Mai 2008 (Eintritt in die Klinik F._____) bis auf Weiteres attestiert. Aufgrund dieses Berichtes der behandelnden Ärzte gelangte RAD-Arzt Dr. med. G._____ in seiner Stellungnahme vom 18. April 2012 zum Ergebnis, das MEDAS-Gutachten vom 3. März 2010 sei dahingehend zu interpretieren, dass eine schwere dauernde psychische Beeinträchtigung mit einer Arbeitsfähigkeit von weniger als 30 % auf dem freien Arbeitsmarkt vorliege, welche mindestens seit Mai 2008 objektiviert sei. In ihrer vom Versicherten im vorinstanzlichen Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahme vom 25. Januar 2013 stellten Dres. med. D._____ und E._____ neu zusätzlich die Hauptdiagnose "kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und impulsiven Anteilen (ICD-10 F61.0)"; dabei legten sie die Arbeitsfähigkeit auf unter 30 % fest.

E. 4.2

Das kantonale Gericht stellte im Rahmen der Beurteilung des Leistungsanspruches fest, dass der Beschwerdegegner an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1) leidet. Die psychischen Beschwerden seien nicht bloss die Begleiterscheinung eines Schmerzsyndroms, sondern hätten eigenständigen Charakter. Eine Erkrankung mit primärer Schmerzkomponente stehe nicht im Zentrum der erhobenen Diagnosen. Bei dieser Sachlage finde die vom Bundesgericht zu den pathogenetisch (ätiologisch) unklaren syndromalen Zuständen entwickelte Rechtsprechung keine Anwendung. Weiter bestehe das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrührten; es lägen davon zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vor. Dementsprechend sei von einer Restarbeitsfähigkeit von weniger als 30 % auszugehen.

E. 5.1

Die IV-Stelle macht geltend, die vorinstanzliche Feststellung, wonach der Versicherte an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) leidet, sei offensichtlich unrichtig.

E. 5.2

Die entsprechende Diagnose findet sich in den früheren ärztlichen Stellungnahmen, insbesondere im MEDAS-Gutachten vom 3. März 2010, nicht. Sie wurde erstmals im Bericht der behandelnden Ärzte des Psychiatrie-Zentrums B._____ vom 25. Januar 2013 gestellt. Darin erwähnten Dres. med. D._____ und E._____, dass sie bei der

letzten Beurteilung im April 2012 den Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.8 gehabt hätten und im weiteren Verlauf zum Ergebnis gelangt seien, dass beim Beschwerdegegner eine Persönlichkeitsstörung vorliege, die ihn in der Lebensführung schwer beeinträchtigt, die aber nicht die spezifischen Symptombilder der in ICD-10 F60 beschriebenen Störungen aufweise. In allen Beurteilungen seien Kriterien einer Persönlichkeitsstörung aufgeführt. Der Lebenslauf des Versicherten mit wiederholten Brüchen und Neuorientierungen in der Arbeitswelt liessen eine vorbestehende Persönlichkeitsstörung plausibel erscheinen.

E. 5.3

Diese ärztlichen Ausführungen genügen nicht, um in der hier massgebenden Zeit bis zum Verfügungserlass (1. Oktober 2012) von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung auszugehen. Vorab fällt auf, dass die Diagnose trotz den getätigten umfangreichen medizinischen Abklärungen erstmals vier Monate nach Verfügungserlass gestellt wurde. Sodann ist sie nicht nachvollziehbar begründet, stützt sie sich doch im Wesentlichen darauf, dass sich in den vorangehenden Beurteilungen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung fänden, was nicht genügt, weil die Diagnose das Vorliegen sämtlicher hierfür erforderlichen Merkmale voraussetzt. Ebenso wenig überzeugt, wenn die Ärzte erklären, die Diagnose sei mit Blick auf den Lebenslauf des Versicherten "plausibel". So ist beispielsweise nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer in Kindheit oder Jugendzeit unter spezifischen Beeinträchtigungen gelitten hat - gegenteils hat auch die zweite psychiatrische Exploration frühe psychotraumatische Ereignisse ausdrücklich verneint und richtigerweise beigefügt, dass Persönlichkeitsstörungen nach der ICD-Kodifizierung meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung treten (psychiatrisches Gutachten des Dr. med. C. _____ vom 23. November 2009). Auch in der Folgezeit sind keine schwerwiegenden traumatischen Begebenheiten im Leben des Beschwerdeführers aktenkundig. Der in seiner Heimat gut ausgebildete Beschwerdeführer (8 Jahre Schule, 4-jährige Lehre mit Abschluss) hat nach seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1993 jahrelang an verschiedenen Stellen vollzeitig gearbeitet, seit 2002 als Maschinenführer, welche Arbeit er wegen Rückenproblemen nicht mehr verrichten konnte. Von einem Nachweis, dass die (Persönlichkeits-) Störung von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat, wie dies die ICD-Diagnose-Kriterien "in den meisten Fällen" vorsehen, kann hier jedenfalls nicht gesprochen werden. Hinzu kommt, dass eine Persönlichkeitsstörung, wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbringt, nicht zu vereinbaren ist mit der von denselben Ärzten gleichzeitig diagnostizierten andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8), weil sich nach dem ICD-10-Klassifikationssystem eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62) bei Personen

ohne vorbestehende Persönlichkeitsstörung entwickelt.

E. 6.1

Streitig und zu prüfen verbleibt, ob die Vorinstanz beim Beschwerdegegner zu Recht von der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8) ausging.

E. 6.2

Es steht aufgrund des psychiatrischen Teilgutachtens des Dr. med. C. _____ vom 23. November 2009 fest, dass das psychische Gleichgewicht des Versicherten seit ca. Mitte

2008 durch psychosoziale Stressoren - nicht gelungene Integration in den Erwerbsprozess, Statusverlust durch Einkommenseinbußen, Verschlechterung der ehelichen Beziehung, Konflikte mit Verwandten der Ehefrau, Schulden - labilisiert wurde. Während die behandelnden Psychiater die daraus resultierende Disstress-Symptomatik als andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.8) qualifizierten, gelangte Dr. med. C. _____ zum Ergebnis, dass eine andauernde Persönlichkeitsänderung lediglich differentialdiagnostisch neben einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) in Betracht zu ziehen sei. Er führte dazu aus, dass eine Differenzierung aktuell noch nicht möglich sei und er aufgrund der diagnostischen Unsicherheiten auch die Restarbeitsfähigkeit - sie liege bei einer Anpassungsstörung unter 70 % und bei einer Persönlichkeitsänderung unter 30 % - nicht abschliessend quantifizieren könne (MEDAS-Gutachten vom 3. März 2010 und psychiatrisches Teilgutachten vom 23. November 2009). Dies bestätigte er in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 8. November 2010. Dr. med. C. _____ stellte anlässlich seiner Untersuchung fest, dass die kognitiven Fähigkeiten bzw. die Konzentrations- und Merkfähigkeit erhalten seien (psychiatrisches Teilgutachten vom 23. November 2010). Er wies darauf hin, dass sich die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung zwar in den Klinikberichten finde, aber nicht psychiatrisch schlüssig begründet worden sei. Der Migrationshintergrund und der Arbeitsplatzverlust mit sozialer Desintegration und entsprechender Zunahme des intrapsychischen Disstresses genüge hierfür nicht. Des Weiteren seien beim Beschwerdegegner aus Kindheit und Jugend keine lang dauernden Disstresssituationen explorierbar, die die Entwicklung einer andauernden Persönlichkeitsänderung begünstigen würden. Im Weiteren Verlauf bestätigten die behandelnden Ärzte zwar die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8; Bericht vom 1. März/10. April 2012; vgl. auch Bericht des Psychiatrie-Zentrums B. _____ vom 25. Januar 2013). Indessen sind ihre diesbezüglichen Aussagen hinsichtlich der Persönlichkeitsänderung entweder nicht substantiiert oder nicht einsichtig: Aus dem kurzen Bericht vom 25. Januar 2013 lässt sich dazu nichts entnehmen, weil er sich hinsichtlich der Persönlichkeitsänderung darauf beschränkt, sie als Diagnose aufzuführen; die unter "Stellungnahme" enthaltenen Ausführungen beziehen sich allesamt auf die neu diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung (vgl. dazu E. 5.3). Im Bericht vom 1. März/10. April 2012 wird ausgeführt, es habe eine eigen- und fremdanamnestic erlebte Veränderung der Persönlichkeit stattgefunden, und der Versicherte sei in seinem ganzen Erleben und kognitiv auf seine subjektiv erlebte Beeinträchtigung und Stigmatisierung eingeengt; er könne keine engen und vertrauensvollen persönlichen Beziehungen aufnehmen und beibehalten und sei sozial isoliert. Gleichzeitig gaben die behandelnden Ärzte Dres. med. E. _____ und D. _____ an, dass der Versicherte bewusstseinsklar und allseits orientiert sei und keine Störung in Aufmerksamkeit oder Gedächtnis habe. Er sei leicht affektarm, mittel ausgeprägt deprimiert, hoffnungslos, dyphorisch gereizt und innerlich unruhig, mittel ausgeprägt affektlabil, leicht antriebsarm und leicht antriebsgehemmt, mittel ausgeprägt motorisch unruhig, leicht logorrhöisch sowie mittel ausgeprägt aggressiv. Weiter hielten die Ärzte eine mittel ausgeprägte Störung der Vitalgefühle, mittel ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen sowie einen mittel ausgeprägten sozialen Rückzug fest. Eine psychiatrisch schlüssige Begründung der diagnostizierten Persönlichkeitsänderung fehlt damit nach wie vor. Denn trotz zusätzlicher Abklärungen waren die Ärzte im weiteren Verlauf nach der MEDAS-Begutachtung nicht in der Lage, die gesundheitlichen Einschränkungen zu plausibilisieren. Unter diesen

Umständen besteht kein Anlass für eine erneute Begutachtung. Sind die Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht hinreichend erstellt, wirkt sich die diesbezügliche Beweislosigkeit zu Lasten der Versicherten aus (vgl. dazu E. 2.4).

E. 6.3

Zu der von Dr. med. C. _____ lediglich differentialdiagnostisch neben der andauernden Persönlichkeitsänderung in Betracht gezogenen Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) nahmen die behandelnden Ärzte nicht Stellung. Dr. med. C. _____ äusserte sich im Zusammenhang mit der Anpassungsstörung dahingehend, dass es sich in der Regel um eine vorübergehende reaktive Störung handle und beim Versicherten jedenfalls vor allem psychosoziale Stressoren krankheitswirksam seien; eine Ausnahme wurde nicht einmal ansatzweise in Betracht gezogen (vgl. Teilgutachten vom 23. November 2009 und Stellungnahme vom 8. November 2010). Bei dieser Sachlage fehlt es diesbezüglich von Vornherein an einer anspruchrelevanten Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

E. 7.1

Gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 18. April 2012 sowie die Berichte der Dres. med. D. _____ und E. _____ vom 10. April 2012 und vom 25. Januar 2013 gelangte die Vorinstanz zum Ergebnis, dass sich die psychisch bedingten Beschwerden chronifiziert hätten und von den belastenden soziokulturellen Faktoren zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorlägen.

E. 7.2

Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. In seiner Stellungnahme vom 18. April 2012 stellte sich zwar RAD-Arzt Dr. med. G. _____ auf den Standpunkt, das MEDAS-Gutachten vom 3. März 2010 (mit Ergänzung vom 8. November 2010) müsse dahingehend interpretiert werden, dass von einer schweren dauernden psychischen Beeinträchtigung auszugehen sei, welche mindestens seit Mai 2008 (erste Hospitalisation in der Klinik F. _____) objektiviert sei. Diese Interpretation des RAD lässt ausser Acht, dass der psychiatrische MEDAS-Gutachter Dr. med. C. _____ von der durch ihn empfohlenen medikamentösen antidepressiven und der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie (welche ziel- und ressourcenorientiert sein und die Ehefrau einbeziehen sollte) bei guter Compliance eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdegegners erwartete. Im Laufe der weiteren Entwicklung hielten zwar die behandelnden Ärzte fest, dass sich die depressiven Symptome trotz gegebener Compliance als therapieresistent erwiesen hätten. Allerdings ergibt sich aus den Akten, dass lediglich alle zwei bis drei Wochen supportive psychotherapeutische Gespräche stattfanden (im Übrigen ohne dass der empfohlene Einbezug der Ehefrau aktenkundig wäre), welche Frequenz die Psychotherapie als zu wenig engmaschig ausweist. Ebenso berichteten die behandelnden Ärzte, dass eine medikamentöse Therapie mit mehreren Antidepressiva unterschiedlicher Wirkungsweise ohne Erfolg "ausprobiert" worden sei, ohne dass dazu substantiierte Angaben gemacht wurden (Bericht vom 10. April 2012). Angesichts der - jedenfalls aktenkundlich - geringen Intensivität der unternommenen Bemühungen kann von einer konsequenten Depressionstherapie, die auf eine Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten und damit auf die Resistenz des Leidens schliessen liesse, nicht die Rede sein. Des Weiteren

enthalten die Akten Hinweise auf Selbstlimitierungstendenzen, konnten doch keine beruflichen Massnahmen durchgeführt werden, weil sich der Versicherte subjektiv nicht arbeitsfähig fühlte (Mitteilung der IV-Stelle vom 16. Juni 2011. Dass die psychischen Probleme durch invaliditätsfremde Faktoren bestimmt sind und deshalb keine Invalidität zu begründen vermögen (vgl. E. 2.3 vorne), zeigte sich sodann nicht nur anlässlich des ersten stationären Aufenthaltes in der Klinik F. _____ im Jahre 2008 (Bericht vom 13. November 2008), sondern auch im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS Ende 2009, als eine Zunahme des psychosozialen Distresses (Vergrösserung des Schuldenberges, Verschlechterung der Beziehung mit der Ehefrau etc.) und damit einhergehend eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes festgehalten wurde (psychiatrisches Teilgutachten vom 23. November 2009). Im Übrigen gehen auch die behandelnden Ärzte in ihrem Bericht vom 10. April 2012 davon aus, dass es sich bei der depressiven Problematik um eine reaktive Begleiterscheinung zur Schmerzstörung handelt und damit nicht um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden.

E. 8

Bei dieser Sachlage muss es mit der Feststellung sein Bewenden haben, dass - entgegen dem angefochtenen Entscheid - keine anspruchserhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit gegeben ist. Die Verfügung vom 1. Oktober 2012, mit welcher die IV-Stelle einen Rentenanspruch verneint hat, ist demnach rechters.

E. 9

Die Gerichtskosten werden dem unterliegenden Beschwerdegegner auferlegt (Art. 66 Abs. 1 BGG). Der obsiegenden IV-Stelle steht keine Parteientschädigung zu (Art. 68 Abs. 3 BGG).

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