

BGer 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016

Bundesgericht, 2016-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_549_2015

FR: TF 9C_549/2015 du 29 janvier 2016

IT: TF 9C_549/2015 del 29 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerdegegnerin hat mit der Vernehmlassung eine Stellungnahme des pract. med. D. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 11. September 2015 zu den Vorbringen in der Beschwerde betreffend die Implikationen des Urteils 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 aus medizinischer Sicht für das vorliegende Verfahren eingereicht. Es kann offenbleiben, ob dieses neue (echte) Beweismittel beachtlich ist (vgl. Art. 99 Abs. 1 BGG), zumal der Prüfungsraster, der seit der Rechtsprechungsänderung zu den psychosomatoformen Schmerzstörungen gilt, rechtlicher Natur ist (BGE 141 V 281 E. 5 S. 304; vgl. E. 4 nachfolgend).

E. 2

Die Vorinstanz hat den Streitgegenstand bildenden Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. Dezember 2012 beurteilt. Dies entspricht ständiger Rechtsprechung (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140; 129 V 1 E. 1.2 S. 4). Entgegen der offenbaren Auffassung der Versicherten wurde mit der Einholung eines Gerichtsgutachtens dieser Prüfungszeitraum nicht gleichsam automatisch - höchstens - bis zum Entscheid über die Beschwerde ausgedehnt. Abgesehen davon bestand selbst bei gegebenen Voraussetzungen (vgl. dazu statt vieler Urteil 9C_540/2015 vom 15. Oktober 2015 E. 3.1 mit Hinweisen) keine Pflicht zu einer solchen Ausdehnung des Verfahrens (vgl. Urteil 9C_599/2009 vom 14. September 2009 E. 2.2.1: in: SVR 2010 IV Nr. 18 S. 56). Der Beweiswert der Expertise in zeitlicher Hinsicht ist im Übrigen Gegenstand der materiellen Prüfung.

E. 3

Das Kantonsgericht hat in Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a Abs. 3 IVG; BGE 137 V 334 E. 3.1.3 und E. 3.2 S. 338) bei einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 0.83 (BGE 125 V 146 E. 2b S. 149), einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auch in der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin und einer Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt von 10 % (Art. 27 IVV i.V.m. Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG) einen Invaliditätsgrad von maximal 18 % ermittelt ($0.83 \times 20 \% + 0.17 \times 10 \%$; zum Runden BGE 130 V 121), was für den Anspruch auf eine Invalidenrente nicht ausreicht (Art. 28 Abs. 2 IVG). Die Arbeitsfähigkeit hat es im Wesentlichen gestützt auf das Gerichtsgutachten vom 12. September 2014 und angesichts des Beschwerdebildes (E. 4.2 hinten) in Anwendung der "alten" Schmerzrechtsprechung (vgl. BGE 130 V 352 und 139 V 547 E. 5.9 S. 558 f.) festgesetzt.

E. 4

Die erwähnte Rechtsprechung ist mit Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) geändert und präzisiert worden, wie die Beschwerdeführerin richtig vorbringt. Es ist

Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1). Ein solches Beschwerdebild zählt unbestrittenermassen zu den mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) vergleichbaren psychosomatischen Leiden (Urteil I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) im Sinne (auch) der geänderten Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298).

E. 4.2.1

F.45.1 ist die ICD-10-Kodierung für eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, worauf die Beschwerdeführerin richtig hinweist. Wie sie indessen selber festhält, erwähnte und diskutierte der Experte (lediglich) die Kriterien einer Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0. Es kommt dazu, dass in allen Berichten der behandelnden Ärzte der psychiatrischen Dienste E. _____ ebenso wie im Gutachten des Dr. med. B. _____ vom 14. Mai 2012 dieselbe Diagnose gestellt wurde. Es ist somit von einem offensichtlichen Verschrieb auszugehen.

E. 4.2.2

Die diagnoserelevanten Kriterien betreffen sodann die Symptomatik während eines längeren Zeitraums. Dazu sind neben den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin vorab die übrigen ärztlichen Berichte von Bedeutung. Es ist daher nicht einsehbar, wie vorgebracht wird, inwiefern es den bundesgerichtlichen Anforderungen an eine nachvollziehbare Begründung der gestellten Diagnose nicht genügen soll, dass der Gerichtsgutachter bei der Diskussion auch und wesentlich auf die Berichte der behandelnden Ärzte und eines früheren Gutachters abstellte.

E. 4.2.3

Im Weiteren schliessen allenfalls vorhandene erklärbare körperliche Beschwerden eine Somatisierungsstörung nicht aus, sofern die entsprechenden Kriterien gegeben sind, wozu gehört, dass sich die angegebenen Schmerzen nicht vollständig und eindeutig einem organischen Korrelat zuordnen lassen. In diesem Sinne sind die diagnostischen Leitlinien zu verstehen, mit denen der gerichtliche Experte die charakterisierende Beschreibung der Somatisierungsstörung zusammenfasste. Dabei nimmt die zweite Leitlinie ("hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrere Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist"), welche die Beschwerdeführerin als nicht erfüllt zu betrachten scheint, offensichtlich Bezug auf das Kriterium "lange und komplizierte Patienten-Karriere (...), sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, wo viele negative Untersuchungen und ergebnislose explorative Operationen durchgeführt sein können" (ICD-10-Kodierung zu F45.0). Diesbezüglich erwähnte der Gerichtsgutachter u.a., dass bereits im Bericht der psychiatrischen Dienste E. _____ vom 19. Juli 2007 auf die vielfältige Inanspruchnahme verschiedener Ärzte und Therapeuten hingewiesen und zahlreiche medikamentöse Versuche beschrieben worden seien. Der Hausarzt erwähnte in seinem Attest vom 14. März 2011, die ausgeprägten somatischen Äquivalente der schweren Depression hätten zu zahlreichen ambulanten Abklärungen und schliesslich zur Hospitalisation im Februar geführt.

Es ist somit von einer sachgerecht diagnostizierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) als Gesundheitsbeeinträchtigung auszugehen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 f.).

E. 4.3

Mit Bezug auf den ersten Indikator ("Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome") erwähnte der Gerichtsgutachter, die strukturierte Erhebung (SOMS [Screening für Somatoforme Störungen]) belege eine ausgeprägte Symptomfixierung bzw. ein ausgeprägtes Schmerzverhalten. Psychopathologisch habe sich eine deutliche Einengung auf die körperliche Beschwerdesymptomatik gezeigt, depressive Begleitsymptome seien eruiert gewesen, was durchaus im Einklang mit der diagnostizierten Somatisierungsstörung sei. Die Versicherte habe ubiquitär verteilte, zum Teil diffuse Beschwerden sowie eine verminderte Belastbarkeit angegeben. Es bestehe ein Schonverhalten, wobei das Ergebnis des ICF-Ratings darauf hinweise, dass sie ihr Leistungsvermögen nicht ausschöpfe. Entgegen den Vorbringen in der Beschwerde finden sich im Gerichtsgutachten somit durchaus Feststellungen über die konkreten Erscheinungsformen der diagnostizierten Somatisierungsstörung.

Daraus kann indessen nicht ohne weiteres auf eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung bzw. auf einen (bestimmten) funktionellen Schweregrad der Störung geschlossen werden. Vielmehr sind das Beschwerdebild ebenfalls mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuschneiden (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298). Diesbezüglich hielt der Experte fest, in der aktuellen Untersuchung hätten überwiegend wahrscheinlich die Problematik um den jüngeren Sohn (Streitigkeiten aufgrund der gescheiterten Fussballkarriere) als ursächliche, gleichzeitig die Drogenprobleme des älteren Sohnes als mindestens aufrechterhaltende, wenn nicht verursachende Faktoren der aufgetretenen Beschwerden eruiert werden können. Auch der Ehemann der Versicherten habe fremdanamnestisch die Zunahme ihrer gesundheitlichen Probleme in diesem Kontext geschildert. Die in den Vorberichten hervorgehobenen ehelichen Auseinandersetzungen liessen sich vor dem Hintergrund der Probleme der Söhne ableiten. Die zeitliche Übereinstimmung hinsichtlich der Entstehung der Beschwerden mit den schwierigen familiären Ereignissen weise auf eine psychogene Verursachung hin. Die gewandelte fürsorgliche Haltung des früher eifersüchtigen Ehemannes trage ebenfalls zur Aufrechterhaltung der Symptome bei. Diese nicht bestrittenen Feststellungen sprechen gegen das Vorliegen eines Krankheitsgeschehens, das im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne als schwer zu bezeichnen ist.

E. 4.4

Zum zweiten Indikator ("Behandlungserfolg oder -resistenz") weist die Beschwerdeführerin richtig darauf hin, dass der Gerichtsgutachter von bisher durchwegs erfolglosen Behandlungen sprach. Allerdings äusserte der Experte aufgrund ihrer Angaben und der Akten erhebliche Zweifel daran, dass eine intensive fachärztliche psychiatrische und vor allem psychotherapeutische Behandlung stattgefunden hatte. Sodann gab es Unterbrüche seit der ersten kurzen Behandlung im Zeitraum von Juli bis August 2005. Insbesondere fand zwischen dem 28. November 2008 und 3. März 2011 keine Therapie statt (Bericht psychiatrische Dienste E. _____ vom 31. August 2011). Zu den möglichen auslösenden Situationen für die Verschlechterung der Symptomatik, welche zur erneuten Behandlung ab 4. März 2011 führte, gab die Beschwerdeführerin viele psychosoziale Probleme an: Dem Ehemann, Taxifahrer, sei der Führerausweis entzogen worden, weil er alkoholisiert Auto gefahren sei, sodass sie finanziell in Engpässe geraten seien und sie einen zusätzlichen Job habe annehmen müssen. Dort sei mit schlechten Putzmitteln gearbeitet worden, was sie geschädigt habe. Ausserdem habe der Sohn im Fussballverein unter grossem Mobbing

durch den Trainer zu leiden gehabt; auch gebe es ständig Streit mit dem Ehemann, welcher sehr eifersüchtig sei und sie kontrolliere. Diese Auseinandersetzungen würden sie sehr belasten (Bericht psychiatrische Dienste E. _____ vom 4. März 2011). Unter diesen Umständen kann nicht losgelöst von direkt wirkenden psychosozialen Faktoren, welche indessen ausser Acht zu bleiben haben, von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführten Therapie gesprochen werden (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) bzw. davon, therapeutische Massnahmen hätten keine Aussicht (mehr) auf Erfolg und die Prognose sei insoweit schlecht.

E. 4.5

Die depressive Störung fördert gemäss Gerichtsgutachter die Tendenz zur Somatisierung; umgekehrt verursache jeder Somatisierungsschub neue depressive Verstimmungen. Die Beschwerdeführerin bestreitet diese Wechselwirkungsweise nicht. Sie macht jedoch geltend, es liege nicht nur eine leichte Komorbidität vor. Die Expertise sei insoweit widersprüchlich und nicht schlüssig (zum Beweiswert ärztlicher Berichte BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Inwieweit die leichtgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, im Längsschnittverlauf leicht- bis schwergradig ausgeprägt (ICD-10 F33.01; E. 4.2 vorne) überhaupt eine psychiatrische Komorbidität darstellt, braucht nicht abschliessend beantwortet zu werden (BGE 141 V 281 hat indessen nichts daran geändert, dass grundsätzlich nur schwere psychische Störungen invalidisierend und Komorbidität sein können [a.a.O., E. 4.3.1.3 S. 301]). Was dazu vorgetragen wird, sticht so oder anders nicht:

Die Beschwerdeführerin hatte gegenüber dem Gerichtsgutachter angegeben, wenn sie auf dem Trottoir sei, habe sie

manchmal den Gedanken, es wäre gut, jemand stiesse sie auf die Strasse, damit sie überfahren werde. Bei der Prüfung der diagnoserelevanten Kriterien erwähnte der Experte das zusätzliche Symptom Ziff. 2.3 "Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an den Suizid; suizidales Verhalten" nicht. Darin kann indessen kein Widerspruch erblickt werden. Bei der Diskussion des Schweregrades der depressiven Symptomatik hielt der Gerichtsgutachter fest, eine

eigentliche Suizidalität sei nicht eruierbar gewesen. Diese Beurteilung überzeugt, zumal wenn berücksichtigt wird, dass für die Diagnosestellung nicht nur die Anamnese, sondern ebenso die Vorakten und die erhobenen Befunde massgebend waren. Aus demselben Grund kann aus dem Umstand, dass der Experte bei der Diskussion des Schweregrades der depressiven Symptomatik festhielt, die Versicherte sei mittlerweile - nach ihren Angaben seit Sommer 2013 - nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, was indirekt für eine leichtgradige depressive Störung spreche, nicht gefolgert werden, diese Einschätzung gelte nicht auch im hier massgebenden Zeitpunkt der Verfügung vom 18. Dezember 2012 (vgl. E. 2 vorne), als sie noch in Therapie stand.

E. 4.6

Im Rahmen der Diskussion der Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Beschwerdeüberwindung aus psychiatrischer Sicht (Foerster-Kriterien; BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296) sodann äusserte sich der Gerichtsgutachter auch zu den komplexen Ich-Funktionen und inwiefern sie bei der Versicherten allenfalls eingeschränkt sind. Er bejahte - gesamthaft - wichtige Ressourcen, um eine entsprechende Willensanstrengung

leisten zu können, zwar leicht geschwächt, aber nicht gänzlich aufgehoben, und einer ihren körperlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechenden Arbeitstätigkeit im zeitlichen Umfang von 80 % nachzugehen. Die "komplexen Ich-Funktionen" bezeichnen in der Persönlichkeit angelegte Fähigkeiten, welche Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen zulassen (u.a. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität [Fähigkeit, sich auf einen Gegenstand zu beziehen] und Antrieb). Diesbezüglich gelten besonders hohe Begründungsanforderungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302), denen nach Auffassung der Beschwerdeführerin das Gerichtsgutachten jedoch nicht entspreche. Der Experte lege nicht dar, aufgrund welcher Beobachtungen und Überlegungen er zu seinen Feststellungen gekommen sei. Dem kann insofern nicht beigespflichtet werden, als die betreffenden Ausführungen sich jedenfalls auch auf das Ergebnis des "Mini-ICF-APP Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen" stützen, dessen Validität nicht bestritten wird.

E. 4.7

Der soziale Kontext ist vorliegend gekennzeichnet durch einen sozialen Rückzug, der aber - insoweit unbestritten - nicht ausgeprägt ist, zumal wenn die ausserhäusliche Tätigkeit im zeitlichen Umfang von knapp 16 Stunden in der Woche mitberücksichtigt wird. Gemäss Beschwerdeführerin kann indessen von einem sozialen Netz, das ihr Unterstützung biete, sodass sie ihre Ressourcen mobilisieren könne, keine Rede sein. Dem stehen jedoch auf der anderen Seite die bereits erwähnten psychosozialen Belastungsfaktoren gegenüber, die, soweit sie direkte negative funktionelle Folgen zeitigen, ausgeklammert bleiben bzw. in die andere Waagschale geworfen werden müssen (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303).

E. 4.8

Unter dem Aspekt der Konsistenz ist von Bedeutung, dass der Gerichtsgutachter mit Bezug auf das Aktivitätsniveau auf eine deutliche, medizinisch nicht begründbare Diskrepanz hinwies zwischen einer "praktisch völligen Leistungsunfähigkeit zuhause" und einer "normalen Arbeitsleistung am Arbeitsplatz" nachmittags als Raumpflegerin. Die Versicherte habe angegeben, praktisch unfähig zu sein, zur Haushaltsführung beizutragen ausser mit kleineren Arbeiten. Demgegenüber sei sie offensichtlich in der Lage, das Pensum am Arbeitsplatz ohne Verminderung des Leistungsniveaus aufrechtzuerhalten. Weiter sei das Freizeitverhalten sicherlich wenig eigeninitiativ. Die Beschwerdeführerin bestreitet diese Feststellungen nicht. Hingegen bringt sie vor, im Gerichtsgutachten fehle ein ausführlicher Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivitäten vor dem Eintritt der Gesundheitsschädigung. Soweit erhebbar, empfiehlt sich zwar ein solcher Vergleich. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303). Indessen legt die Beschwerdeführerin mit keinem Wort dar, worin ihre früheren Aktivitäten bestanden noch inwiefern damit neue Erkenntnisse bezüglich der Ausprägung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen im Beruf, im Haushalt und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) gewonnen werden könnten. Schliesslich lassen die angesprochenen belastenden psychosozialen Umstände nicht den Schluss zu auf einen direkt im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Beeinträchtigung (Schmerz- und depressive Symptomatik) stehenden erheblichen Leidensdruck. Im Übrigen wird nicht geltend gemacht und aus dem Gerichtsgutachten ergeben sich auch keine Hinweise, dass eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht bestehen könnte (BGE 141 V 281 E.

4.4.2 S. 304).

E. 4.9

Nach dem Gesagten bildet das Gerichtsgutachten vom 12. September 2014 auch im Lichte der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 eine genügende beweiskräftige Grundlage, um die Frage nach den funktionellen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung in zuverlässiger Weise entscheiden zu können. Gestützt darauf und die übrigen medizinischen Akten ist, wie dargelegt, namentlich von einem gemessen an den Befunden unter Ausklammerung der psychosozialen Belastungsfaktoren als gering zu bezeichnenden funktionellen Schweregrad der Gesundheitsschädigung auszugehen und eine (direkt) darauf zurückzuführende Therapieresistenz zu verneinen (E. 4.3-4 vorne). Ebenso wenig können losgelöst von den belastenden psychosozialen Umständen die psychischen Ressourcen als erheblich vermindert betrachtet werden. Jedenfalls lässt sich im Rahmen der gebotenen Gesamtbetrachtung die Annahme der Vorinstanz einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auch in der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin (E. 3 vorne) nicht beanstanden.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin bestreitet den vorinstanzlichen Statusentscheid als im Gesundheitsfall lediglich zu 83 % (35 von 42 Wochenstunden) erwerbstätige Reinigungskraft. Es sei von einem hypothetischen Arbeitspensum von 100 % auszugehen. Darauf ist nicht näher einzugehen. Bei Vollzeittätigkeit im Gesundheitsfall und einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auch in der nach wie vor teilzeitlich ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von 20 %.

E. 5.2

Für den Fall einer Teilzeittätigkeit von 83 % ohne gesundheitliche Beeinträchtigung bestreitet die Beschwerdeführerin den von der Vorinstanz ermittelten erwerbsbezogenen Invaliditätsgrad von maximal 20 %. Bei einem Arbeitspensum von 100 % betrage das Einkommen ohne Behinderung Fr. 63'724.-. Die Feststellung der Vorinstanz, dass das Valideneinkommen von Fr. 46'877.- in der angefochtenen Verfügung einem Arbeitspensum von 83 % entspreche, sei unzutreffend. Sodann sei die Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt lediglich gestützt auf das Gerichtsgutachten festgesetzt worden. Es hätte zwingend eine Abklärung vor Ort durchgeführt werden müssen. Beide Einwände sind nicht stichhaltig:

Das Kantonsgericht hat festgestellt, bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % (auch) in der weiterhin ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin - was von vornherein einen Tabellenlohnabzug nach BGE 126 V 75 ausschliesst - wäre die Beschwerdeführerin in der Lage, ein Invalideneinkommen zu erzielen, das annähernd so hoch sei wie dasjenige bei einem Arbeitspensum von 83 % im Gesundheitsfall. Daraus hat es auf eine gesundheitlich bedingte Erwerbseinbusse von deutlich weniger als 20 % geschlossen. Es ist nicht ersichtlich und die Beschwerdeführerin zeigt auch nicht auf, inwiefern dies Bundesrecht verletzen soll. Da bei einem Invaliditätsgrad von 20 % im erwerblichen Bereich selbst eine Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt von 100 % nicht zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % führt ($0.83 \times 20 \% + 0.17 \times 100 \% = 33.6 \%$), erweist sich auch die Rüge, es sei zu Unrecht keine Haushaltabklärung durchgeführt worden, als unbegründet.

E. 5.3

Der angefochtene Entscheid verletzt kein Bundesrecht.

E. 6

Ausgangsgemäss wird die Beschwerdeführerin kostenpflichtig (Art. 66 Abs. 1 BGG).

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