

BGer 9C 715/2011 vom 24. Oktober 2011

Bundesgericht, 2011-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_715_2011

FR: TF 9C 715/2011 du 24 octobre 2011

IT: TF 9C 715/2011 del 24 ottobre 2011

Regeste

Invalidenversicherung | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann u.a. die Verletzung von Bundesrecht gerügt werden (Art. 95 lit. a BGG). Die Feststellung des Sachverhalts kann nur gerügt werden, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 BGG). Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG).

E. 2

Das kantonale Gericht legt die massgeblichen Rechtsgrundlagen zum Begriff der Invalidität (Art. 8 Abs. 1 ATSG , Art. 4 Abs. 1 IVG), zum Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG), zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) und zum Beweiswert medizinischer Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3 S. 352 ff.) zutreffend dar. Darauf wird verwiesen.

E. 3.1

Die Vorinstanz würdigte die medizinischen Unterlagen einlässlich. Sie stellte fest, der Beschwerdeführer sei bis Herbst 2009 in psychischer Hinsicht nicht wesentlich eingeschränkt gewesen und erwog, der Versicherte habe auf die negativen Entscheide der IV-Stelle, der SUVA und des Kantonsgerichtes psychisch reagiert und daher fachärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Dies habe er selbst mehrfach bestätigt. Nach seinen eigenen Angaben erlebte er vor der Hospitalisation in der Klinik K. _____ keine psychischen Einschränkungen, nach dem negativen kantonalen Gerichtsentscheid vom 19. Februar 2010 (betreffend Leistungen der SUVA) sei es ihm deutlich schlechter gegangen und er habe im März 2010 erneut stationär behandelt werden müssen. Die Ärzte an der Klinik K. _____ hätten lediglich für die Dauer der Hospitalisation (vom 12. November bis 14. Dezember 2009) eine Arbeitsunfähigkeit attestiert; für eine Arbeitsunfähigkeit vor diesem Zeitpunkt fehlten Anhaltspunkte. Den Überweisungsschreiben des Dr. med. E. _____ vom 23. Oktober bzw. 19. November 2009 könne nicht entnommen werden, worauf er seine retrospektive Annahme stütze, der Versicherte leide bereits seit 2008 unter zunehmenden psychischen Störungen. Ein solcher Verlauf werde auch durch die Beurteilungen der Dres. med. F. _____ und H. _____ sowie des zuständigen Arztes

am Spital S. _____ nicht bestätigt.

E. 3.2

Der Beschwerdeführer rügt, der angefochtene Entscheid sei widersprüchlich. Zum einen beanstandete das kantonale Gericht die Behauptung der Beschwerdegegnerin nicht, eine massgebende gesundheitliche Verschlechterung sei erst aufgrund der zweiten Hospitalisation ab Ende März 2010 anzunehmen, zum andern gehe es von einer Verschlimmerung ab Herbst 2009 aus. Dr. med. E. _____ habe bereits am 23. Oktober 2009 eine stationäre Behandlung in die Wege geleitet, weshalb davon ausgegangen werden müsse, dass die Verschlechterung schon bei Verfügungserlass am 13. Oktober 2009 bestanden habe. Die Vorinstanz hätte den Zeitpunkt der Veränderung nicht "irgendwann" zwischen Oktober 2009 und März 2010 ansiedeln und den Beschwerdeführer auf den Weg der Neuanschuldung verweisen dürfen, weil ihm damit der Nachweis einer gesundheitlichen Verschlechterung verunmöglicht werde, wenn sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stelle, die Verschlimmerung bestehe seit Oktober 2009 und sei daher in der Verfügung bereits berücksichtigt. Das kantonale Gericht habe es damit unterlassen, eine für die Beurteilung des Leistungsanspruches wesentliche Frage zu klären, was den Untersuchungsgrundsatz verletze.

E. 4

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 13. Oktober 2009 unter einer invalidisierenden psychischen Beeinträchtigung litt.

E. 4.1

Die umfangreichen medizinischen Akten ergeben im Wesentlichen folgendes Bild: Nachdem sich der Versicherte am 14. Januar 2008 einer Facetteninfiltration unterzogen hatte (die nur eine geringe Schmerzreduktion bewirkte), hielten die Ärzte am Spital S. _____ unter anderem fest, ein psychologisches Konsil habe eine leichte depressive Reaktion ohne medikamentösen Handlungsbedarf ergeben; in den durchgeführten Belastungstests sei eine Non-Compliance aufgefallen (Bericht der Dres. med. N. _____, R. _____ und U. _____ vom 18. Februar 2008). Während des Arbeitstrainings vom 8. September bis 7. Dezember 2008 konnte der Versicherte sein Pensum von 50 % schmerzbedingt nicht erhöhen; die zuständigen Personen hielten fest, die Leistung habe weniger als "50 % des Möglichen" betragen. Es bestehe der Verdacht, dass der Beschwerdeführer seine Situation schlimmer darstelle als diese in Wirklichkeit sei; eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt sei unter diesen Voraussetzungen nicht möglich. Dr. med. H. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 30. März 2009 eine leichte depressive Verstimmung (ICD-10 F32.0) bei körperlicher Schmerzproblematik. Er führte aus, die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne derzeit nicht gestellt werden, weil "die somatische Seite" noch nicht hinreichend geklärt sei und eine nicht nachvollziehbare Schmerzausbreitung fehle. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Situation nicht dramatisch und es könne auch nicht festgestellt werden, dass deutliche Zeichen einer Aggravation oder gar Simulation bestünden. Der rheumatologische Gutachter Dr. med. C. _____ kam am 14. April 2009 zum Schluss, der festgestellte Diskusprolaps passe nicht zur angegebenen Schmerzsymptomatik. Hinsichtlich des psychischen Verhaltens sei aufgefallen, dass der Beschwerdeführer die Praxis mit unauffälligem, "temperamentvollem" Gangbild betreten und verlassen, während der Untersuchung aber ein deutlich hinkendes Gangbild gezeigt habe und in allen Bewegungen verlangsamt gewesen sei. Es falle eindeutig auf, dass der

Beschwerdeführer seine Beschwerden mit "wiederholtem inadäquaten Verhalten zu verdeutlichen versucht" habe. Aufgrund der Diskushernie L5/S1 sei der Versicherte bei verschiedenen Arbeiten eingeschränkt, die bisherige Tätigkeit sei vorerst nicht mehr zumutbar. In Absprache mit Dr. med. G. _____ könne er eine Arbeitsfähigkeit in rückschonenden und rückenangepassten Tätigkeiten von 80 % attestieren. Dr. med. M. _____ verzichtete als behandelnder Arzt auf eine Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit, hielt aber fest, dass ausgehend von den bildgebenden Befunden "durch Vergleich mit ähnlichen Fällen bei richtiger physiotherapeutischer Behandlung und guter Compliance" mit einer guten Prognose zu rechnen wäre. Im bidisziplinären Gutachten der Dres. med. F. _____ und G. _____ vom 23. April 2009 hielten die Experten u.a. fest, es finde sich eine "nicht vorliegende Konkordanz zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden", indem die vom Versicherten geschilderten rechtsseitigen Beinschmerzen mit den neuroradiologischen Befunden nicht übereinstimmten. Es werde eine Chronifizierungsproblematik im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung vermutet; aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung und es könne keine behinderungsrelevante psychiatrische Diagnose gestellt werden; auf die im Jahre 2008 im Spital S. _____ diagnostizierte leichte depressive Episode bestünden keine Hinweise mehr.

E. 4.2

Im Rahmen der funktionsorientierten medizinischen Abklärung vom 25./26. Mai 2009 konnte die effektive Leistungsgrenze des Beschwerdeführers infolge Selbstlimitierung bei den Leistungstests nicht ermittelt werden. Die Abklärungspersonen beurteilten die Leistungsbereitschaft bei deutlicher Selbstlimitierung und schlechter Konsistenz bei den Tests als nicht zuverlässig. Die Belastbarkeit liege mindestens im Bereich einer leichten Arbeit, sehr leichte, vorwiegend sitzende Arbeit sei ganztags ohne Einschränkung zumutbar, eine möglicherweise höhere Belastung sei nicht beurteilbar gewesen. Aus psychiatrischer Sicht scheine keine Arbeitsunfähigkeit vorzuliegen (Bericht des Dr. med. W. _____, FMH für Innere Medizin und PD Dr. med. O. _____, FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie).

E. 4.3

Am 14. Dezember 2009 berichteten die Ärzte an der Klinik K. _____ über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 23. November bis 14. Dezember 2009. Sie führten u.a. aus, in den psychotherapeutischen Gesprächen sei die grosse Verzweiflung und Kränkung des Versicherten spürbar gewesen, dass er nicht mehr arbeitsfähig sei und sogar von den Versicherungen verdächtigt werde, ein Simulant zu sein. Es sei versucht worden, ihn zu vermehrter Aktivität zu animieren und die Schmerzproblematik als Krankheitsgeschehen zu akzeptieren. Der Versicherte habe sich bemüht, an den therapeutischen Angeboten teilzunehmen, habe aber gerade die Bewegungsgruppe teilweise schmerzbedingt abbrechen und sich hinlegen müssen. Er habe berichtet, in der jüngeren Vergangenheit vermehrt Probleme mit seiner Ehefrau gehabt zu haben, weshalb zwei gemeinsame Gespräche organisiert worden seien, in welchen die Ehefrau ihrer Ohnmacht und Verzweiflung gegenüber dem Krankheitsgeschehen Ausdruck verliehen habe. Die medikamentöse antidepressive Therapie sei intensiviert worden. Nach insgesamt befriedigendem Verlauf habe der Versicherte nach Hause entlassen werden können. Im psychischen Bereich bestehe eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Am 2. März 2010 führten

dieselben Ärzte überdies aus, die aktuelle Symptomatik bestehe aus andauernd vorhandenen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine und zusätzlich einer depressiven Entwicklung im Rahmen einer mittelgradig depressiven Episode mit zunehmender Hoffnungslosigkeit, Antriebs- und Energielosigkeit und trauriger Grundstimmung. Für die Zeit der Hospitalisation bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, die Zeit davor und danach müsse durch den ambulanten Behandler beurteilt werden.

E. 4.4

Der behandelnde Psychiater Dr. med. E. _____ rügte am 22. Februar 2010 verschiedene Mängel des bidisziplinären Gutachtens der Dres. med. G. _____ und F. _____. Er diagnostizierte in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.21) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und führte aus, der Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit längerfristig vollständig arbeitsunfähig, wahrscheinlich seit dem Unfall.

E. 5.1

Wenn die Vorinstanz die von der Beschwerdegegnerin verfügte Ablehnung des Leistungsbegehrens schützte und eine anspruchrelevante psychische Beeinträchtigung bis zum Verfügungserlass vom 13. Oktober 2009 verneinte, wobei sie den Gesundheitszustand zu Recht nur bis zu diesem Zeitpunkt abschliessend prüfte, versties sie nicht gegen Bundesrecht. In der Tat findet sich mit Ausnahme der retrospektiven Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. med. E. _____ betreffend den Zeitraum bis 13. Oktober 2009 keine fachärztlich schlüssig festgestellte invalidisierende psychische Störung. Auf die Einschätzungen des Dr. med. E. _____ hat die Vorinstanz aber zu Recht nicht abgestellt. Zwar darf Berichten behandelnder (Spezial-)Ärzte nicht grundsätzlich der Beweiswert abgesprochen werden, indes sind sie mit Blick auf das behandlungsnotwendige Vertrauensverhältnis mit besonderer Sorgfalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Dies gilt umso mehr, wenn wie hier Anzeichen bestehen, dass die Beurteilung nicht mit der gebotenen Objektivität und Distanz abgegeben wurde, was etwa dann zutrifft, wenn die Einschätzung massgeblich auf den unkritisch übernommenen Schilderungen der versicherten Person beruht (vgl. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175). Die Beurteilungen des Dr. med. E. _____ sind auch insoweit nicht nachvollziehbar, als er die in den Akten mehrfach vermerkte Aggravationsproblematik und die Selbstlimitierung des Beschwerdeführers einfach in Abrede stellt bzw. lediglich auf Vorurteile der Experten gegenüber dem Exploranden zurückführt. Zwar ist nachvollziehbar, dass die negativen Bescheide von Unfall- und Krankenversicherung den früher sehr leistungsorientiert gewesenen Beschwerdeführer zunehmend belasteten und sich die als ausweglos empfundene Situation mit abschlägigem Vorbescheid der IV vom 3. September 2009 noch zuspitzte. Das von den Ärzten verschiedentlich festgestellte aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers kann als zusätzliches Indiz dafür gewertet werden, dass der Versicherte die Zusprechung von Versicherungsleistungen als einzige Lösung seiner Schwierigkeiten sah. Eine invalidisierende psychische Störung ist aber insbesondere den psychiatrischen Beurteilungen der Dres. med. H. _____ und F. _____, welchen die Vorinstanz zu Recht vollen Beweiswert zumass, nicht zu entnehmen. Im Übrigen wurde selbst im Falle von mittelgradigen depressiven Episoden entschieden, dass diese keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbst-ständigten Gesundheitsschadens darstellen, welche es der betroffenen Person verunmöglichen, die Folgen der somatoformen Schmerzstörung zu überwinden (Urteil

9C_803/2008 vom 29. Mai 2009 E. 5.3.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 8C_958/2010 vom 25. Februar 2011 E. 6.2.2.2). Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen gelten auch grundsätzlich als therapeutisch angebar (vgl. Habermeyer/Venzlaff, Affektive Störungen, in: Psychiatrische Begutachtung, Venzlaff/Foerster [Hrsg.], 5. Aufl. 2009, S. 193). Die von Dr. med. E._____ als mittelschwer klassifizierte depressive Störung, welche Anlass zur stationären Behandlung in der Klinik K._____ war, nahm während der stationären Behandlung vom 23. November bis 14. Dezember 2009 aktenkundig einen befriedigenden Verlauf. Die dortigen Ärzte attestierten eine Arbeitsunfähigkeit lediglich für die Dauer der Hospitalisation und hielten fest, die Beurteilung für die vorangehende bzw. nachfolgende Zeitspanne habe durch den ambulanten Behandler zu erfolgen. Nach der zweiten stationären Behandlung vom 26. März bis 10. Mai 2010 führten die Ärzte sogar aus, bei deutlich stabilerem Zustand erhalte der Versicherte in der Klinik K._____ die Möglichkeit, "in den ersten 3 Monaten mit einem Pensum von 50 % einzusteigen mit dem Ziel das Pensum im Verlauf auf 100 % zu steigern" (Austrittsbericht vom 21. Mai 2010), was die vorinstanzlich bestätigte Leistungsabweisung zusätzlich stützt.

E. 5.2

Dass der Versicherte, welcher seine Schmerzen subjektiv als sehr schwer empfand (vgl. hierzu die Selbsteinschätzung des Versicherten anlässlich der FOMA-Abklärung vom 25./26. Mai 2009), trotz vielfältiger stationärer und ambulanter Bemühungen keinen adäquaten Umgang mit seinen (körperlichen) Beeinträchtigungen zu finden vermochte, haben Vorinstanz und Beschwerdegegnerin somit zu Recht nicht auf eine krankheitswertige psychische Störung zurückgeführt. Eine anspruchsrelevante Verschlimmerung des Gesundheitszustandes hätte nur bejaht werden können, wenn eine fachärztlich schlüssig festgestellte psychische Krankheit neu aufgetreten wäre oder sich wesentlich verschlimmert hätte (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 mit Hinweis auf AHJ 2000 S. 153 E. 3). Dies haben Vorinstanz und Beschwerdegegnerin für den Zeitraum bis zum Verfügungserlass vom 13. Oktober 2009 in bundesrechtskonformer Würdigung der Akten verneint. Nachvollziehbar sind hingegen die Stellungnahmen des RAD-Arztes med. pract. V._____ vom 8. und 16. März 2010, welcher auf den engen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem negativen Einspracheentscheid der SUVA vom 7. September 2009, dem ebenfalls abschlägigen Vorbescheid der Invalidenversicherung vom 9. September 2009 und der Behandlungsaufnahme des Versicherten bei Dr. med. E._____ am 5. Oktober 2009 hinwies. Bemerkenswert ist auch, dass der Beschwerdeführer in seinem Einwand vom 2. Oktober 2009 gegen den Vorbescheid mit keinem Wort eine psychische Verschlechterung erwähnte, obwohl die Erstkonsultation bei Dr. med. E._____ nur wenige Tage später stattfand. In Würdigung aller Umstände liegt in der Tat nahe, dass der Versicherte vor allem unter dem Eindruck der drohenden Leistungsablehnung eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen hat. Für weitere Abklärungen besteht kein Anlass. Entgegen den beschwerdeführerischen Vorbringen steht dem Versicherten der Nachweis einer nach Verfügungserlass eingetretenen Verschlechterung auf dem Wege der Neuanschuldung grundsätzlich offen.

E. 6

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

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