

BGer 9C_862/2014 vom 17. September 2015

Bundesgericht, 2015-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_862_2014

FR: TF 9C_862/2014 du 17 septembre 2015

IT: TF 9C_862/2014 del 17 settembre 2015

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. 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 (BGE 134 V 250 E. 1.2 S. 252 mit Hinweisen).

E. 2.1

Die Vorinstanz hat die Bestimmungen und Grundsätze zum Begriff der Invalidität (Art. 4 Abs. 1 IVG), über den Beginn (Art. 29 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) und den Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung; vgl. jetzt Art. 28 Abs. 2 IVG) zutreffend dargelegt. Dasselbe gilt für die Ermittlung des Invaliditätsgrades nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG ; BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.), die ärztliche Aufgabe bei der Invaliditätsbemessung (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99) sowie die Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen (BGE 132 V 393 E. 3.2 S. 397 ff.). Darauf wird verwiesen.

E. 2.2

Zu ergänzen ist, dass gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung eine somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 137 V 64 E. 4.3 S. 69) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken vermochten. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E. 7.1.2 S. 212).

E. 2.3

Nachdem das Bundesgericht mit zur Publikation bestimmtem Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 diese Rechtsprechung grundlegend überdacht und teilweise geändert hat, ist zu prüfen, welche Auswirkungen sich dadurch auf den hier zu beurteilenden Fall ergeben. Die geänderte Rechtsprechung bedeutet indes nicht, dass während der Geltungsdauer der Rechtsprechung von BGE 130 V 352 eingeholte Gutachten ihren Beweiswert per se verlieren würden. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit

seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhält (vgl. BGE 137 V 210 E. 6 S. 266).

E. 3.1

Weiterhin kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 2.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 396).

E. 3.2

Obwohl die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 Ziff. F45.40), auch bisher zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem vorausgesetzt hat (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50), fokussierte die Anspruchsklärung vor allem auf die Anwendung des Kriterienkatalogs, somit auf die Beurteilung der funktionellen Auswirkungen des Leidens. Die Frage, ob die Schmerzstörung als Gesundheitsbeeinträchtigung überhaupt sachgerecht festgestellt worden ist, wurde demgegenüber in der Versicherungspraxis oft kaum beachtet, und die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung fand meistens ohne ausreichenden Bezug auf die funktionserhebliche Befundlage Eingang in ärztliche Berichte und Gutachten. Im Rahmen der geänderten Rechtsprechung sollen nun die Sachverständigen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (vgl. Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 2.1.1 mit zahlreichen Hinweisen).

E. 4.1

Das kantonale Gericht stellte fest, beim Beschwerdegegner liege nicht nur ein chronisches Schmerzsyndrom und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sondern auch eine Persönlichkeitsakzentuierung bzw. Persönlichkeitsstörung und eine demenzielle Entwicklung bei atypischer Depression. Bei Anwendbarkeit der bisherigen Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung sei von einer erheblichen, lang dauernden Komorbidität auszugehen. Die Vorinstanz ging unter Hinweis auf die im Verlaufsgutachten der MEDAS vom 15. Januar 2010 verneinte Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung von einer jedenfalls 70 % übersteigenden, wohl vollen Arbeitsunfähigkeit aus.

E. 4.2

Bevor das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen des Beschwerdegegners anhand eines strukturierten, normativen Prüfrasters beurteilt werden kann (vgl. Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 3.6), stellt sich die Frage, ob die somatoforme Schmerzstörung als Gesundheitsbeeinträchtigung sachgerecht im Sinne von E. 2.1.1 des Urteils 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (vgl. E. 3.2 hievor) diagnostiziert worden ist:

E. 4.2.1

Vorherrschende Beschwerde bei einer somatoformen Schmerzstörung ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für

Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 9. Aufl. 2014, Ziff. F45.4 S. 233).

E. 4.2.2

Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wurde beim Beschwerdegegner aktenkundig erstmals im Gutachten des Medizinischen Zentrums E. _____ vom 7. Januar 1998 gestellt, verfasst vom Leitenden Arzt der Rheumatologie, welcher die Beschwerden nur zum Teil mit den Befunden erklären konnte und daher eine psycho-funktionelle Überlagerung annahm. Gestützt auf diese Expertise fand die wortwörtlich vollständig übernommene Diagnose Eingang in den Bericht der BEFAS vom 8. Juli 1998. Im Rahmen der später durch die IV-Stelle veranlassten Begutachtung der MEDAS vom 14. März 2000 zog Dr. med. F. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine somatoforme Schmerzstörung zwar differentialdiagnostisch ebenfalls in Betracht, verwarf die Diagnose jedoch aufgrund zu wenig ausgeprägter Symptome. Stattdessen diagnostizierte er eine Überlagerung von körperlichen Beschwerden (ICD-10 Ziff. F54) bei Störung der Persönlichkeitsentwicklung mit zylothymen Zügen (ICD-10 Ziff. F60.8). Erst bei der Verlaufsbegutachtung durch die MEDAS vom 4. Januar 2007 nahm Dr. med. G. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, die somatoforme Schmerzstörung in den Diagnosekatalog auf, führte indessen an, gleich wie sein Vorgutachter vermöge er beim Versicherten keine schwere psychiatrische Störung festzustellen, namentlich keine klinischen Symptome einer schweren Depression. Wegen mangelnder Kollaboration könne eine solche aber weder ausgeschlossen noch bestätigt werden. Im zweiten Verlaufsgutachten vom 15. Januar 2010 diagnostizierte Dr. med. G. _____ wiederum eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Er liess die Frage einer Demenz oder Pseudodemenz offen und ging von einem chronifizierten, fixierten Krankheitsgebaren aus.

E. 4.2.3

Obwohl damit beim Beschwerdegegner verschiedentlich (auch fachärztlich) eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden ist, hat sich bisher - sowohl vor wie nach der Neuanschuldung vom 11. Februar 2005 - kein involvierter Mediziner mit deren klassifikatorischen Vorgaben in einer für den Rechtsanwender nachvollziehbaren Art auseinandergesetzt; ebenso bleibt das alltägliche Leistungsvermögen des Versicherten komplett im Dunkeln. Während Dr. med. H. _____, FMH Innere Medizin, am 7. Januar 1998 überhaupt keine solche Klassifizierung anhand eines anerkannten Systems vorgenommen hatte (Bericht des Medizinischen Zentrums E. _____ vom 7. Januar 1998), beschränkte sich die Befunderhebung des Dr. med. G. _____ im Verlaufsgutachten vom 4. Januar 2007 auf den Hinweis, eine eigentliche Exploration des Beschwerdeführers sei aufgrund fehlender Kollaborationsbereitschaft gar nicht erst möglich gewesen. Auch im Verlaufsgutachten vom 15. Januar 2010 beschränkt sich die Befunderhebung des psychiatrischen Teilgutachtens in wesentlichen Teilen auf eine Beschreibung der mangelhaften Kollaboration des Beschwerdegegners, wobei Dr. med. G. _____ diesbezüglich von einer Persönlichkeitsänderung von Krankheitswert ausging. Eine Auseinandersetzung mit den klassifikatorischen Voraussetzungen gemäss ICD-10 Ziff. F45.4 - insbesondere in Bezug auf die Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen - fand

demgegenüber wiederum nicht statt. Dem Erfordernis einer solchen Auseinandersetzung ist im Rahmen der geänderten Rechtsprechung vermehrt Rechnung zu tragen (vgl. E. 3.2 hievore), weshalb hier von einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung nicht die Rede sein kann.

E. 4.2.4

Dasselbe hat bezüglich der in der Klinik C._____ (Bericht vom 21. Januar 2005) und durch den behandelnden Arzt Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 5. Juni 2009 diagnostizierten Somatisierungsstörung (ICD-10 Ziff. F45.0) zu gelten.

E. 4.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die dürftige Aktenlage kein Abstellen auf die vorhandenen fachärztlichen Berichte erlaubt. Eine überzeugende Diagnose ist - unter der Voraussetzung, dass kein Ausschlussgrund vorliegt (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 2.2.1) - Bedingung für eine Einschätzung der daraus fliessenden funktionellen Folgen und damit der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.1). Das vorinstanzliche Abstellen auf das Verlaufsgutachten vom 15. Januar 2010 hält somit unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung vor Bundesrecht nicht stand. Die Sache ist an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie die entsprechenden Abklärungen treffe. Dabei wird sie auch den von der Vorinstanz in E. 5.9 des angefochtenen Entscheides aufgeworfenen Fragen betreffend den somatischen Gesundheitsschaden Rechnung zu tragen haben.

E. 5

Mit diesem Entscheid in der Sache wird das Gesuch um aufschiebende Wirkung gegenstandslos.

E. 6

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat der Beschwerdegegner grundsätzlich die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege kann jedoch entsprochen werden (Art. 64 Abs. 1 BGG ; BGE 125 V 201 E. 4a S. 202). Es wird indessen ausdrücklich auf Art. 64 Abs. 4 BGG hingewiesen, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn sie dazu später in der Lage ist.

Da die Rückweisung einem Obsiegen gleich kommt (BGE 137 V 210 E. 7.1 S. 271), bedarf der angefochtene Entscheid im Kostenpunkt keiner Korrektur.

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