

BGer 9C 936/2012 vom 7. Juni 2013

Bundesgericht, 2013-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_936_2012

FR: TF 9C 936/2012 du 7 juin 2013

IT: TF 9C 936/2012 del 7 giugno 2013

Regeste

Invalidenversicherung (Invalidenrente) | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1.1

Beim vorinstanzlichen Rückweisungsentscheid handelt es sich in der Terminologie des BGG um einen Zwischenentscheid. Er kann daher nur unter den Voraussetzungen von Art. 93 Abs. 1 BGG selbstständig angefochten werden (BGE 133 V 477 E. 4.2 S. 481 f.). Lit. a dieser Bestimmung lässt die selbstständige Anfechtung eines Zwischenentscheids zu, wenn dieser einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken kann. Nach der Rechtsprechung ist diese Voraussetzung seitens des Versicherers erfüllt, wenn der Rückweisungsentscheid eines kantonalen Gerichts verbindliche Vorgaben zu den Grundlagen der Anspruchsbeurteilung enthält (BGE 133 V 477 E. 5.2 S. 483 ff.; Urteil I 126/07 vom 6. August 2007 E. 1.2, nicht publ. in: BGE 133 V 504 , aber in SVR 2008 IV Nr. 31 S. 100; Urteil 8C_274/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 1, nicht publ. in: BGE 138 V 522). Diese Konstellation liegt hier vor (E. 2). Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

E. 1.2

Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann unter anderem 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 Artikel 95 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 zu Grunde, 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 Artikel 95 beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG).

E. 2

Die Vorinstanz hat dem Gutachten des Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sowie Psychotherapeut, vom 8. Oktober 2009 Beweiskraft beigemessen. Gestützt darauf hat sie festgestellt, mit der chronifizierten Depression liege eine selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität vor, welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten seit September 2003 vollumfänglich einschränke. Damit hat sie - bei einem Erwerbsstatus von 80 % (vgl. Art. 28a Abs. 3 IVG) - implizite den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bejaht (vgl. Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG), auch wenn sie deren Höhe und Beginn nicht festgelegt hat.

E. 3.1.1

Somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche aetiologisch-pathogenetisch unerklärliche syndromale Leidenszustände vermögen in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (BGE 136 V 279 E. 3 S. 280 ff.; 130 V 352 E. 2.2.2 und 2.2.3 S. 353 f.; 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 396). Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person voraus (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354 f.). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67 f.; 131 V 49 E. 1.2 S. 50 f. mit Hinweisen).

E. 3.1.2

Auch wenn eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht von vornherein auszuschliessen ist, bedingt deren Annahme jedenfalls, dass es sich dabei nicht bloss um die Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit handelt (vgl. in Bezug auf mittelgradige depressive Episoden Urteil 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 mit Hinweisen), sondern um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden (Urteil 9C_869/2011 vom 18. April 2012 E. 4.5; SVR 2008 IV Nr. 1 S. 1, I 176/06 E. 5.2). Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (BGE 137 V 64 ; 130 V 352).

E. 3.2.1

Bei der Beurteilung der Arbeits (un) fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis).

E. 3.2.2

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG [SR 830.1]; vgl. BGE 132 V 393 E. 3.2 und 4 S. 397 ff.; Urteil I 865/06 vom 12. Oktober 2007 E. 4 mit Hinweisen) darf sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355 f.; 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 22 S. 95, 8C_302/2011 E. 2.5.1). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteile 9C_2010/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.3.2; 9C_1041/2010 vom 30. März 2011 E. 5.1).

E. 3.3

Die Vorinstanz hat die Frage nach der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht offengelassen. Im Gutachten der Klinik X. _____ vom 25. August 2008 wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches myofaszielles generalisiertes Schmerzsyndrom sowie ein chronisches zervikothorakospondylogenes Syndrom diagnostiziert und für angepasste Tätigkeiten eine ganztägige Arbeitszeit mit zusätzlichen Pausen von 1,5 bis 2 Stunden pro Tag für zumutbar gehalten. Davon ist in somatischer Hinsicht auszugehen: Dass diesbezüglich das Gutachten der Klinik X. _____ den bundesrechtlichen Anforderungen an die Beweiskraft (E. 3.2.1) nicht genügen oder sich der Gesundheitszustand resp. die Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung verschlechtert haben sollte, ist nicht ersichtlich und wurde resp. nicht geltend gemacht.

E. 3.4.1

Mit Blick auf die psychiatrischen Aspekte hat die Vorinstanz festgestellt, ein langjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung lasse sich mit Bezug auf die Schmerzproblematik nicht in Abrede stellen. Demgegenüber sei ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens nicht ersichtlich. Laut Dr. med. K. _____ sei die depressive Störung nicht verbesserbar; das Vorliegen eines gefestigten, nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlaufs und damit eine selbstständige psychische Erkrankung lasse sich nicht verneinen. Die Verhaltensauffälligkeiten seien nicht auf Aggravation, sondern auf eine Persönlichkeitsstörung zurückzuführen. Die fachärztliche Bestätigung einer chronifizierten Depression mit schlechter Prognose stelle nicht eine blosser (reaktive) Begleiterscheinung des Schmerzgeschehens dar, vielmehr sei von einer selbstständigen, vom Schmerzsyndrom losgelösten psychischen Komorbidität auszugehen.

E. 3.4.2

Soweit die Vorinstanz aus einem gefestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren Krankheitsverlauf resp. aus der fachärztlichen Diagnose einer chronifizierten Depression resp. "rezidivierenden depressiven Störung (F33 nach ICD-10) " den Schluss zieht, es bestehe nebst dem syndromalen Schmerzleiden (E. 3.3) eine davon losgelöste, selbstständige psychische Komorbidität, kann ihr nicht beigelegt werden. Solches lässt

sich nicht aus der allgemeinen Lebenserfahrung ableiten und steht auch nicht im Einklang mit der Aktenlage. Bereits im Bericht des Hausarztes vom 10. Januar 2005 wurde die im November 2003 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf Depressionen und "chronisch rezidivierende multifaktorielle Probleme von Seiten des Bewegungsapparates" zurückgeführt. In den weiteren medizinischen Unterlagen wurde neben der Stimmungslage immer auch die Schmerzproblematik thematisiert, was teilweise in die Diagnosen Fibromyalgie oder somatoforme Schmerzstörung mündete. Selbst Dr. med. K._____ verwies auf die Verbindung der depressiven Erkrankung mit den körperlichen (Schmerz-) Symptomen. Von einer eigenständigen psychischen Komorbidität kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden, zumal dies auch Dr. med. K._____ nicht (nachvollziehbar) darlegte.

E. 3.4.3

Im Bericht der Klinik Y._____ vom 19. April 2006 wurde die bisherige Diagnose einer rezidivierenden Depression revidiert und neu, nach rund zweimonatiger stationärer Behandlung der Versicherten, eine Dysthymie diagnostiziert. Diese Diagnose wurde vom behandelnden Psychiater (Berichte vom 25. Mai 2006 und 30. April 2007) und von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigt (Gutachten vom 18. Januar 2007 und 10. Juli 2008). Der Experte Dr. med. K._____ vertrat indessen die Auffassung, beim Leiden der Beschwerdeführerin handle es sich seit 2003 nicht lediglich um eine Dysthymie, sondern um mindestens eine leichte depressive Störung. Dies begründete er im Wesentlichen mit den Angaben der Versicherten, ihres Ehemannes und des behandelnden Psychiaters, während er sich mit den Befunden und Erkenntnissen der Klinik Y._____ und des Dr. med. F._____ nicht näher auseinandersetzte. Die Frage, ob Dr. med. K._____ seine Diagnose überzeugend begründete, kann indessen offenbleiben. Auch wenn von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen ist, hat sie letztlich unter versicherungsrechtlichen Aspekten keinen invalidisierenden Charakter (Urteile 9C_521/2012 vom 17. Januar 2013 E. 4.3; 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 4.2 mit Hinweisen) : Einerseits steht sie im Zusammenhang mit dem Schmerzleiden (E. 3.4.2), und Episoden schweren Ausmasses (vgl. SVR 2012 IV Nr. 56 S. 200, 9C_302/2012 E. 4.3.2; SVR 2011 IV Nr. 57 S. 171, 8C_958/2010 E. 6.2.2.2) wurden einzig von Dr. med. K._____ erkannt, allerdings lediglich in retrospektiver Beurteilung nicht konkret genannter Symptome. Andererseits scheint die depressive Beeinträchtigung weitgehend auf sozialen Problemen und somit grundsätzlich invaliditätsfremden Faktoren zu beruhen: So stellten die Ärzte der Klinik Y._____ einen chronischen Paarkonflikt als "Grundkonflikt" fest, bei dessen Zuspitzung die ängstlich-depressiven Symptome der Versicherten exazerbierten. Zusätzlich verwiesen sie auf Erziehungsprobleme mit dem Sohn und das mittlerweile fehlende eigene Einkommen der Versicherten. Dr. med. F._____ sah "erheblichen Einfluss" auf die Entstehung und den Erhalt der geklagten Symptome in ehelichen Problemen, Erziehungsproblemen, der Mehrfachbelastung als Hausfrau, Mutter und Arbeiterin sowie in der fehlenden Möglichkeit, den gelernten Beruf adäquat umzusetzen. Der behandelnde Psychiater nannte den einen Rentenanspruch verneinenden Vorbescheid der IV-Stelle und damit verbundene Existenzängste als Ursache für eine "Krise". Anlässlich der somatischen Begutachtung in der Klinik X._____ wurde eine "ausgeprägte Fixierung auf eine Rentenzusprache" festgestellt. Dr. med. K._____ hielt zwar - ohne nähere Begründung - die Depression für die Ursache des Ehekonflikts; indessen vertrat auch er die Auffassung, dass die angespannte Ehesituation eine "Akzentuierung der Symptomatik" bewirke, was den Krankheitsverlauf negativ beeinflusse.

Unter diesen Umständen ist nicht ersichtlich und wurde namentlich im Gutachten des Dr. med. K. _____ nicht nachvollziehbar dargelegt (vgl. E. 3.2.2), weshalb trotz Ausklammerung der genannten Gegebenheiten eine vollständige, seit September 2003 andauernde Arbeitsunfähigkeit resultieren sollte. Für eine solche Annahme genügen auch ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung und gescheiterte Behandlungsbemühungen wie im konkreten Fall nicht, zumal erhebliche körperliche Begleiterkrankungen und ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens (E. 3.1.1) ausgeschlossen sind (E. 3.3 und 3.4.1).

E. 3.5

Nach dem Gesagten bleibt es bei der unter somatischen Aspekten festgelegten Restarbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (E. 3.3). Bei Berücksichtigung des Pausenbedarfs von täglich 1,5 bis 2 Stunden sind der Versicherten somit durchschnittlich 32,95 Arbeitsstunden pro Woche zumutbar, was einem Pensum von knapp 80 % entspricht. Angesichts des Erwerbsstatus in dieser Höhe (E. 2) und der weiteren Invaliditätsbemessungsfaktoren (Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG und Art. 28a Abs. 2 IVG) ist ein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Art. 28 Abs. 2 IVG) auszuschliessen. Die Beschwerde ist begründet.

E. 4

Mit dem Urteil in der Sache wird das Gesuch um Gewährung der aufschiebenden Wirkung gegenstandslos.

E. 5

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

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