

LU_GERICHTE S 07 682 vom 16. März 2009

LU Gerichte, 2009-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_S_07_682

FR: LU_GERICHTE S 07 682 du 16 mars 2009

IT: LU_GERICHTE S 07 682 del 16 marzo 2009

Regeste

Ungenügende Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts. Rückweisung aufgrund eines mangelhaften psychiatrischen Teilgutachtens des IFPP. | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 126 V 136 E.4b mit Hinweisen). Demnach ist die rechtliche Beurteilung des angefochtenen Einspracheentscheides - soweit nicht anders vermerkt - anhand der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtsvorschriften und nicht nach den im Zuge der 5. IV-Revision geänderten Bestimmungen (in Kraft ab 1.1.2008) vorzunehmen.

E. 2

Strittig ist, ob der Beschwerdeführer Rentenleistungen der Invalidenversicherung beanspruchen kann, wobei sich die Fragen stellen, ob überhaupt ein invalidisierender Gesundheitsschaden besteht und ob die IV-Stelle den dafür wesentlichen Sachverhalt hinreichend abgeklärt hat. Folgende Rechtsgrundlagen hat die Verwaltung im Rahmen ihres Einspracheentscheides zutreffend dargestellt, worauf hier ohne weiteres verwiesen sei: - die gesetzliche Umschreibung des Invaliditätsbegriffs (Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), - die gesetzliche Grundlage für einen invalidenversicherungsrechtlichen Rentenanspruch (Art. 28 IVG), geltend in der Zeit vor dem 1. Januar 2004, - die Vorschrift über den Entstehungszeitpunkt des Rentenanspruchs (Art. 29 Abs. 1 lit. a und b IVG) und die durch die Rechtsprechung erfolgten Konkretisierungen (BGE 119 V 98 E.4a; AHI 1998 S. 124), - die Vorschrift über die Ermittlung des Invaliditätsgrades nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG), - die Rechtsprechung betreffend die Aufgaben des Arztes bei der Abklärung des Gesundheitszustandes und der Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 125 V 261 E.4) sowie die begriffliche Abgrenzung zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, - die Rechtsprechung zum Beweiswert ärztlicher Gutachten und Berichte (BGE 125 V 351, 122 V 160 E.1c), Zu ergänzen ist, dass im vorliegenden Fall Art. 28 IVG in der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung massgeblich wäre. Diese unterscheidet sich vom früheren Recht insofern, als danach ein Anspruch auf eine ganze Rente erst bei einem Invaliditätsgrad von 70% besteht; zudem vermittelt ein Invaliditätsgrad von 60% neu Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

E. 3

a) Im Zentrum der Beurteilung steht das IFPP-Gutachten, das in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus verschiedenen Gründen kritisiert wird. So wird in

formeller Hinsicht beanstandet, dass es die Verwaltung unterlassen habe, der Gutachterstelle die mit der Einsprache eingereichten Fragen zu unterbreiten. Damit habe sie den Gehörsanspruch des Beschwerdeführers, dessen Mitwirkungs- und Persönlichkeitsrechte verletzt. Diese Rüge verfängt nicht: Gemäss dem hier anwendbaren Art. 44 ATSG hat die Verwaltung bei Einholung eines Gutachtens den Parteien den oder die Namen der beteiligten Experten bekannt zu geben (BGE 132 V 383 ff. E. 7.3, 8.4 und 9), was im vorliegenden Fall unstrittig geschehen ist. Diese Regelung der Mitwirkungsrechte gilt nach der Rechtsprechung als abschliessend in dem Sinne, dass von Gesetzes wegen kein Anspruch der Versicherten besteht, sich (analog zu Art. 57 Abs. 2 BZP) vorgängig zu den Gutachterfragen der Verwaltung zu äussern (BGE 133 V 446). Ein Anspruch darauf, bereits vor Erstellung der Expertise mit eigenen Fragen an die Gutachterstelle gehört zu werden, besteht demnach nicht. Die Rechte der Versicherten bleiben insofern gewahrt, als sie sich im Rahmen des rechtlichen Gehörs zum Beweisergebnis äussern und erhebliche Beweisanträge vorbringen können (BGE 133 V 449 E. 7.4). Auch diese Möglichkeit hat die IV-Stelle im Rahmen des Einspracheverfahrens eingeräumt. Von einer Verletzung von Verfahrens- oder Persönlichkeitsrechten kann in diesem Zusammenhang keine Rede sein.

b) In formeller Hinsicht beanstandet der Beschwerdeführer zudem, dass der angefochtene Entscheid auf Verlautbarungen von RAD-Ärzten abstelle, ohne deren Anonymität preiszugeben. Auch mit diesen Vorbringen dringt der Beschwerdeführer nicht durch. Die Rechtsprechung hat bislang nicht verlangt, dass Name und fachliche Qualifikation eines RAD-Arztes im Voraus bekannt gegeben werden müssten. Hingegen könne im Nachhinein ein berechtigtes Interesse an diesen Angaben bestehen, sodass sie - wo dies nicht bereits aus dem Verlaufsprotokoll hervorgehe - von der IV-Stelle zumindest auf entsprechendes Gesuch herauszugeben seien (BG-Urteil I 211/06 vom 22.2.2007 E. 5.4.1). Eine Visumpflicht besteht in Bezug auf Einträge im Verlaufsprotokoll nicht. Soweit der Beschwerdeführer aus der Rechtsprechung anderes ableiten will, bezieht sich diese zunächst auf den "Abklärungsbericht Haushalt", wo die Verwaltungspraxis Entsprechendes fordert (BG-Urteil I 211/05 vom 23.7.2007 E. 11.2.2). Derlei liegt hier nicht vor; ebenso wenig lässt sich eine im Verlaufsprotokoll vermerkte Stellungnahme des RAD zu einem Gutachten oder einer sonstigen ärztlichen Verlautbarung mit einem eigentlichen Arztbericht vergleichen, der rechtsprechungsgemäss handschriftlich zu unterzeichnen wäre. Der Beschwerdeführer hat im Verwaltungsverfahren davon abgesehen, die fraglichen Angaben zu verlangen. Dazu hätte sich ihm durchaus Gelegenheit geboten, nachdem bereits der Primärverfügung vom 24. Oktober 2005 mehrere Protokolleinträge des RAD voraus gegangen waren. Auch in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt er es bei der genannten formellen Rüge bewenden, die er im weiteren Verfahrensverlauf nicht ergänzt hat. Daraus ist zu schliessen, dass ihm an einer Bekanntgabe von Name und Fachrichtung der betreffenden Arztperson gar nicht wirklich gelegen ist.

E. 4

Das IFPP-Gutachten weist eine Zusammenfassung der wesentlichen medizinischen Akten aus. Es enthält die Angaben des Beschwerdeführers in den durchgeführten orthopädisch/rheumatologischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen, ausführliche verschiedene anamnestische Angaben sowie die erhobenen Befunde und Diagnosen. Im Wesentlichen hält es die folgenden Erkenntnisse fest: a) Aus orthopädisch/rheumatologischer Sicht wird erkannt, dass die intensiv vorgetragenen Beschwerden und die Versteifung der HWS mit tatsächlich befriedigenden organ-pathologischen Befunden im Bereich des Bewegungsapparates nicht zu unterlegen

seien. Diagnosen mit Belang für die Arbeitsfähigkeit lägen aus dieser Warte nicht mehr vor.

b) Neurologisch habe sich eine leichte Hypästhesie im Dermatome C6 links gezeigt, indes ohne weitere objektive Ausfälle. Die Hypästhesie möge als unangenehmes Gefühl stören, beeinflusse aber die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner bisherigen Tätigkeit als Instrumentierpfleger nicht in wesentlichem Umfang. Im Vordergrund stünden denn auch vielmehr die Nacken- und Kopfschmerzen, die jedoch nicht als Folge des Bandscheibenvorfalles anzusehen seien, da die dadurch tangierten Nervenwurzeln ein völlig anderes Areal versorgten. Formal sei dieser Kopfschmerz als chronischer posttraumatischer Kopfschmerz (entsprechend internationaler Klassifikation) zu bezeichnen; die Gründe für dessen Anhalten, ja Verstärkung bestünden indes nicht in strukturellen Veränderungen und seien neurologisch nicht erklärbar. Trotz hohem Schmerzmittelkonsums würden auch nicht die Kriterien eines schmerzmittelinduzierten Kopfschmerzes erfüllt. Die Chronifizierung der Schmerzen und die Erfolglosigkeit einer stationären Rehabilitation lasse die Langzeitprognose bezüglich der subjektiven Beeinträchtigung als ungünstig erscheinen.

c) Neuropsychologisch hätten sich auffällige Leistungsbefunde ergeben, wobei die Auffälligkeiten im Gegensatz zum beobachtbaren Verhalten gestanden hätten, wo sich eine normale Aufnahme und Wiedergabe von Informationen feststellen liess. Die wenig nachvollziehbaren Fehler und das Abweichen von der Instruktion wiesen auf eine mehr oder weniger bewusste Verzögerung in der Bearbeitungsgeschwindigkeit hin, zumal in einem anderen Aufmerksamkeitstest ein normgerechtes Tempo gezeigt worden sei. Die Ergebnisse verschiedener Aufmerksamkeitstests liessen Rückschlüsse auf Selbstlimitierung oder mangelhafte Motivation zu. Bei der Testung der Täuschungsverhaltensweisen hätten sich Hinweise für eine absichtliche Produktion von Fehlern und ein suboptimales Leistungsverhalten ergeben. Auch bei den Testverfahren betreffend Merkfähigkeit und mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenso bei den Tempoaufgaben müsse von einer unangemessenen Leistungsmotivation ausgegangen werden, angesichts unnachvollziehbarer Resultate, die mit dem sonstigen Verhalten und den Vorbehalten nicht korrelierten. Wie schon in Vorbefunden beschrieben, könne beim Versicherten insgesamt von einem kognitiven Leistungsniveau im durchschnittlichen Bereich ausgegangen werden. Voraussetzung dafür seien eine angemessene Anstrengungsbereitschaft und Leistungsmotivation.

d) Psychiatrisch hätten sich keine Hinweise finden lassen, die für die früher gestellte, im späteren Verlauf aber nicht mehr bestätigte Diagnose einer Anpassungsstörung sprächen. Die in der Folge mehrfach angesprochenen dissoziativen Bewegungsstörungen sowie die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen vermöchten aus versicherungsmedizinischer Sicht grundsätzlich keine Arbeitsunfähigkeit zu bewirken, weil sich ein anhaltender Gesundheitsschaden damit nicht begründen lasse. Solche - primär psychodynamisch erklärbaren - Störungen entstünden oftmals im Zuge emotionaler Konflikte im Rahmen neurotischer Verarbeitung. Für die Diagnose brauche es einen engen Ursachenzusammenhang zwischen der dissoziativen Störung und dem emotionalen Konflikt, der im vorliegenden Fall fehle. Beim Versicherten gebe es Hinweise für eine bewusstseinsnahe Symptomerweiterung und - wie insbesondere testpsychologisch gezeigt - eine gewisse Selbstlimitierung. Eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Krankheitswert sei indes nicht auszumachen. Trotz bestehender Schmerzsymptomatik scheinere der Versicherte in seinen Interessenbereichen objektiv nicht eingeschränkt zu sein. Die subjektive Wahrnehmung einer solchen Beeinträchtigung reiche für sich allein nicht aus, um eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Krankheitswert zu diagnostizieren, in welcher Hinsicht

sich im Übrigen bei der Untersuchung auch keine eindeutige kognitive Fixierung bestätigt habe. Der Versicherte habe gezeigt, dass er sich von der Schmerzsymptomatik distanzieren könne, was im Rahmen einer konversionsneurotischen Störung nicht zu erwarten sei. Eine histrionische Persönlichkeitsstruktur, wie sie im Rahmen dissoziativer Störungen, namentlich von Konversionsneurosen als Grundlage wichtig wäre, sei beim Versicherten nicht feststellbar. Dieser verknüpfe die ganze Situation mit dem Unfallgeschehen und ein unbewusster seelischer Konflikt bestehe nicht, sodass die Diagnose einer dissoziativen Störung nicht bestätigt werden könne. Beim Versicherten liege eine narzisstische Verarbeitung der Geschehnisse nach dem Unfall und der subjektiv empfundenen Leistungseinschränkung vor, zusätzlich verstärkt durch die frühere Diagnose eines Ganser-Syndroms, finanzielle Probleme und Rechtsstreitigkeiten. Aus psychiatrischer Sicht weise diese Störung keinen eigenständigen Krankheitswert aus. Eine psychiatrische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - insbesondere eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Krankheitswert - liege nicht vor. e) Gesamthaft resultierten folgende Diagnosen, alle ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach operativer Versorgung einer Diskushernie C 5/6 mit Cage-Implantation 17. Februar 2004 - Status nach HWS-Distorsion (Heckaufprall vom 5.1.2004) - Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz - Sensibles C6-Syndrom links - Narzisstische Persönlichkeitsanteile Damit ergab sich interdisziplinär, dass dem Versicherten sowohl die bisherige als auch alle altersgemässen und mit der bisherigen Tätigkeit vergleichbaren Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von täglich 8,5 Stunden an fünf Tagen pro Woche zumutbar seien; ausgeschlossen seien Tätigkeiten mit besonderer Beanspruchung des linken Armes in sensorischer und feinmotorischer Hinsicht. Ein besonderes Tätigkeitsprofil ergebe sich nicht, ebenso wenig eine Leistungsverminderung. Für die Durchführung von Rehabilitationsmassnahmen bestehe kein Grund.

E. 5

a) Was die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht anbelangt, lässt sich das IFPP-Gutachten nicht in einer Weise bemängeln, die zu Weiterungen Anlass gäbe. Es genügt vielmehr den von der Rechtsprechung verlangten Anforderungen, sodass ihm voller Beweiswert zuerkannt werden kann. Die Umständlichkeit in Aufbau und Darstellung und die mit Recht vermerkte Redundanz ändern daran nichts. Als nicht näher fundiert erweist sich zudem der Vorwurf, dass das IFPP zur Begutachtung derartiger Fälle von vornherein nicht in der Lage sein soll. Was zudem die vom Beschwerdeführer thematisierten öffentlichen Äusserungen des Institutsleiters angeht, wird darauf an anderer Stelle näher einzugehen sein (E. 6). Ihretwegen den Beweiswert der (somatischen) Teilgutachten der übrigen Ärzte dieses Instituts in Frage zu stellen, geht nicht an. Im Einzelnen kann festgehalten werden, dass die im Rahmen der orthopädisch-rheumatologischen Untersuchungen gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf die Einschätzung der Leistungsfähigkeit mit jenen übereinstimmen, die sich schon mit dem MZR-Gutachten vom 31. Mai 2005 ergeben haben. Der Vorwurf, es habe keine Abklärung in rheumatologischer Hinsicht stattgefunden, trifft nicht zu. Das Verwaltungsgericht hat bereits im Urteil vom 3. Januar 2008 erkannt, dass die Kritik am orthopädisch-rheumatologischen Teilgutachten nicht verfange (E. 2f). Eine eingehende rheumatologische Untersuchung hatte zudem im Rahmen der Begutachtung durch das MZR stattgefunden, wobei das Verwaltungsgericht im erwähnten Urteil diesbezüglich auch den Vorwurf der Widersprüchlichkeit betreffend Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausdrücklich verwarf (E. 2d). Hierauf zurück zu kommen, besteht umso

weniger Grund, als die gerichtliche Sicht durch ein erläuterndes Schreiben von Dr. J. vom 23. November 2005 (Ziff. 4) an die Unfallversicherung durchaus gestützt wird. Ebenso wenig hat das Gericht den Vorwurf gelten lassen, die Ärzte des IFPP hätten sich nicht mit den geklagten Beschwerden des Versicherten befasst (E. 2f). Auch in diesem Punkt bedarf es keiner weiteren Ausführungen. Im Gegensatz zum MZR-Gutachten wirkte beim IFPP-Gutachten ein neurologischer Facharzt mit. Dass ersteres deswegen unzureichend wäre, trifft entgegen dem Beschwerdeführer nicht zu, wie schon das Urteil vom 3. Januar 2008 festhält (E. 2c mit Hinweis auf EVG-Urteil U 51/05 vom 21.4.2006). Insbesondere hatten auch im MZR schon neurologische Abklärungen stattgefunden. Da sich dort weder klinisch noch in der zuletzt durchgeführten MRI-Untersuchung irgendwelche Hinweise für eine Neurokompression zeigten, erachtete man den Beizug eines Neurologen oder Neurochirurgen als entbehrlich, wie ebenfalls aus dem bereits erwähnten Schreiben des Dr. J. vom 23. November 2005 erhellt. Demnach besteht in der Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit aus physisch-somatischen Gründen Übereinstimmung der MZR- und der IFPP-Gutachter, und zwar auch unter Einschluss neurologischer Untersuchungen. Bereits der Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 5. Januar 2004 war in dieser Hinsicht aufgrund der rheumatologischen und neurologischen Befunde gleich ausgefallen. Soweit damals dennoch eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden war, gründete dies in einer reduzierten psychophysischen Belastbarkeit ("bei starkem Verdacht auf eine psychische Störung im Umgang mit Schmerzen und dem Unfall"), die zufolge vorzeitigen Austritts des Beschwerdeführers freilich nicht abgeklärt werden konnte. b) Der Beschwerdeführer unterlegt seine Kritik am IFPP-Gutachten mit einem Schreiben des Neurologen Dr. H. vom 14. September 2007, der sich schon früher geäußert und dabei - ohne persönliche Untersuchung, nach Einsicht in einen Teil der Akten - weitere Abklärungen empfohlen hatte (Schreiben vom 27.1.2006). Dieser Arzt stimmte - nach Kenntnisnahme der Ergebnisse elektrophysiologischer Untersuchungen im SPZ und Diskussion der klinischen Befunde - mit den Gutachtern darin überein, dass die Befundlage gegen eine primär neurogene Ursache der Beschwerden am linken Arm spreche. Überrascht zeigte er sich indes davon, dass keine radiologischen Abklärungen bezüglich der HWS wiederholt worden seien, um nach strukturellen Gründen der Schmerzen und des massiven Schonverhaltens zu suchen. Immerhin hätte auch die durchgeführte Operation an der HWS zu bewegungsabhängig schmerzhaften Narben führen können, was Schonhaltung und -bedingt durch diese - Verspannungen und vermehrten Schmerz zur Folge haben könnte. Für solche Weiterungen bestand kein zwingender Grund. Die Ausführungen von Dr. H. stellen in diesem Punkt blosse Mutmassungen dar. Entsprechende Erhebungen hatten vorgängig bereits am 16. September 2004 im Kantonsspital Luzern stattgefunden, wobei nichts über bestehende Vernarbungen vermerkt wurde. Diese Aufnahmen lagen Dr. H. nicht vor. Soweit im Übrigen Dr. K., leitender Arzt Neurochirurgie, in der damaligen Diskussion eine residuelle radikuläre Kompression nicht mehr mit letzter Sicherheit ausschliessen konnte, handelt es sich um Restzweifel, die sich im Zuge späterer neurologischer Beurteilungen nicht verifizieren liessen. Was sodann die von Dr. H. ebenfalls angesprochenen neuropsychologischen Untersuchungen im Rahmen der IFPP-Begutachtung anbelangt, bescheinigt er ihnen ausdrücklich, dass sie fachgerecht durchgeführt worden seien. Im von ihm kritisierten Umstand, dass die auffälligen Resultate mit dem Versicherten nicht diskutiert und gewisse Tests danach nicht wiederholt worden seien, kann kein wesentlicher Mangel erblickt werden, umso weniger, als die Aussagekraft einer neuerlichen Testung eher bescheiden wäre. Es kann in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen des RAD vom

11. Oktober 2007 (Protokolleintrag) verwiesen werden, die zu überzeugen vermögen. c) Nach dem Gesagten bedarf es im vorliegenden Fall in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand keiner weiteren Abklärungen. Die Annahme, dass die leichte Hypästhesie am linken Unterarm die Arbeitsfähigkeit des als Operationspfleger tätig gewesenen Beschwerdeführers nicht wesentlich zu beeinträchtigen vermag, scheint vertretbar. An diesem Ergebnis ändert der am 20. August aufgelegte audio-neurotologische Bericht vom 7. August 2008 nichts. Er stammt aus einer Zeit lange nach Erlass des angefochtenen Entscheides, womit seine Verwendbarkeit schon aus diesem Grund fraglich ist. Davon abgesehen enthält er auch keine Aussage zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers.

E. 6

Zu prüfen bleibt die Beurteilung des Gesundheitszustandes aus psychiatrischer Sicht. Dabei steht wiederum in erster Linie das IFPP-Gutachten im Blickfeld. a) Der Beschwerdeführer zieht die Seriosität des Gutachters unter Hinweis auf ein Zeitungsinterview in der Ausgabe einer Regionalzeitung vom 2. März 2002 in Zweifel, worin dieser Arzt seiner Überzeugung Ausdruck verlieh, dass die Bibel hinsichtlich der darin berichteten Wunderheilungen somatischer Krankheiten wörtlich zu verstehen sei. Wunder dieser Art geschähen auch heute noch, habe er doch selber erlebt, wie sich das Loch eines Zahnes durch Gebet innerhalb einer Stunde geschlossen habe; ein Furunkel sei binnen einer halben Stunde verschwunden. Solche Verlautbarungen stehen in offensichtlichem Widerspruch zu allgemein anerkannten Lehrsätzen und Erfahrungen heutiger Medizin. Werden sie - wie im Fall des Dr. Y. offenbar geschehen - von einem Facharzt öffentlich verkündet, befremdet dies umso mehr. Das Vertrauen in dessen fachliche Befähigung, ihrerseits unerlässliche Grundvoraussetzung jeder Gutachtertätigkeit, wird dadurch arg strapaziert. Wird indes in Betracht gezogen, dass die erwähnten Aussagen immerhin bereits rund acht Jahre zurück liegen, sieht das Gericht davon ab, das von Dr. Y. verfasste psychiatrische Teilgutachten allein derentwegen als unverwertbar zurückzuweisen. b) Das in Frage stehende Teilgutachten vermag indes auch inhaltlich nicht zu überzeugen. Dabei fällt auf, dass Dr. Y. der im Gutachten des Dr. F. vom 22. Oktober 2005 unter Hinweis auf eine dissoziative Störung bescheinigten Arbeitsunfähigkeit mit dem Argument entgegen tritt, dass eine solche Störung aus versicherungsmedizinischer Sicht grundsätzlich keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben könne. Dass sich eine derart apodiktische Aussage, zumal mit Blick auf eine im Raum stehende Chronifizierung nicht halten lässt, hat Dr. F. in seiner Stellungnahme vom 27. September 2007 nachvollziehbar dargelegt. Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer seit 2006 bei diesem Arzt in Behandlung steht, dies umso weniger, als bereits das MZR-Gutachten dissoziative Störungen festgestellt und die damals negierte Arbeitsunfähigkeit mit einem ausdrücklichen Hinweis auf eine immer wahrscheinlicher werdende psychiatrische Dynamik und Diagnostik versehen hatte. Bedenken weckt des Weiteren die Verengung des gutachterlichen Blickes in Zusammenhang mit den emotionalen Konflikten im Rahmen neurotischer Bearbeitung. Dr. Y. will einen solchen Konflikt beim Beschwerdeführer ausschliesslich in einer narzisstischen Kränkung durch die Ablehnung von Versicherungsleistungen und der insofern angezweifelten Glaubwürdigkeit erkennen. Dass ein solcher Konflikt beim Beschwerdeführer, der sich gemäss den Feststellungen sowohl von Dr. F. als auch denjenigen im MZR-Gutachten als sehr leistungsorientiert definiert, in allererster Linie aufgrund der (zumindest subjektiv empfundenen) Leistungsbeeinträchtigung entstehen kann, findet sich mit keinem Wort erwähnt. Auch soweit Dr. Y. keine eindeutige kognitive Fixierung des Beschwerdeführers

auf seine Schmerzsymptomatik auszumachen vermochte, wäre er doch zumindest gehalten gewesen, sich mit den im Gutachten von Dr. F. erwähnten Beobachtungen bezüglich "rationaler Copingstrategien" näher zu befassen. Dr. Y's Schluss auf eine bewusstseinsnahe Symptomerweiterung und eine gewisse Selbstlimitierung stützt sich sodann vor allem auf die Bewertung der test- und neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse. Der diesbezüglich hier im Raum stehende Vorwurf der Aggravation und Simulation kontrastiert indes nicht nur in erläuterungsbedürftiger Weise auffällig mit der bisherigen Lebensgeschichte und ausgeprägten Leistungsorientierung des Beschwerdeführers. Es widerspricht zugleich dem von Dr. C. festgestelltem Fehlen von "aggravativen Mechanismen", wobei dieser Arzt zugleich seiner Überzeugung von einer "vollkommen bewusstseinsfernen Symptomproduktion" Ausdruck verlieh. c) Zusammenfassend ergibt sich, dass das Teilgutachten des Dr. Y. in der Beurteilung der medizinischen Situation im Lichte der gesamten Aktenlage nicht einleuchtet, sodass nicht darauf abgestellt werden kann. Dies ruft nach einer ergänzenden psychiatrischen Begutachtung durch einen unabhängigen Sachverständigen, der im Bedarfsfall über test- und neuropsychologische Weiterungen befinden soll. Von einer Wiederholung der gesamten polydisziplinären Begutachtung kann indes nach dem Gesagten abgesehen werden.

E. 7

Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt sich die Durchführung der angebotenen öffentlichen Gerichtsverhandlung.

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