Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
I 767/03

Urteil vom 9. August 2004
IV. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichter Meyer und Ursprung; Gerichtsschreiber Arnold

Parteien
B._____, 1970, Beschwerdeführerin, vertreten durch die If AG, Dienstleistungen für Soziale Sicherheit, Dornacherplatz 7, 4501 Solothurn,

gegen

IV-Stelle des Kantons Solothurn, Allmendweg 6, 4528 Zuchwil, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons Solothurn, Solothurn

(Entscheid vom 23. Oktober 2003)

Sachverhalt:
A.
B._____, geb. 1970, war (im Anschluss an die erfolgreich absolvierte Lehre als Verkäuferin) vom 8. Mai 1989 bis 31. Januar 1999 als Sachbearbeiterin beim Verband X._____ angestellt. Am 16. April 1999 meldete sie sich unter Hinweis auf seit November 1997 bestehende Schmerzen in den Beinen und dem Unterleib bei der Invalidenversicherung zum Rentenbezug an. Nach Abklärung der beruflich-erwerblichen und medizinischen Verhältnisse (worunter der Bericht des Spitals Y._____ [vom 19. Oktober 1998], wo B._____ vom 7. September bis 1. Oktober 1998 zwecks stationärer Abklärung der geklagten Schmerzen geweilt hat, der Bericht des Verbandes X._____ [vom 22. April 1999]sowie die Gutachten des Dr. med. F._____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Oktober 1999 und des Dr. med. I._____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Juli 2001) lehnte die IV-Stelle das Kantons Solothurn die Ansprüche auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und Invalidenrente ab (Verfügung vom 7. Februar 2002).
B.
Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn ab (Entscheid vom 23. Oktober 2003).
C.
B._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen und das Rechtsbegehren stellen, in Aufhebung des kantonalen Gerichtsentscheides sei das Verfahren "zwecks Vervollständigung des entscheidrelevanten Sachverhaltes durch ein psychiatrisches Obergutachten" an die IV-Stelle zurückzuweisen.

Die IV-Stelle schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung verzichtet auf eine Vernehmlassung.

D.
Mit Eingabe vom 17. Juni 2004 lässt B._____ einen Bericht des Dr. med. F._____ vom 30. April 2004 einreichen.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
1.1 Im angefochtenen Entscheid werden die - vor In-Kraft-Treten des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 am 1. Januar 2003 gültig gewesenen und nach den Regeln des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts hier anwendbaren (BGE 127 V 467 Erw. 1, 121 V 366 Erw. 1b) - Bestimmungen über den Begriff der Invalidität (Art. 4 Abs. 1 IVG), die Voraussetzungen und den Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 Abs. 1 und 1bis IVG) sowie die Invaliditätsbemessung bei Erwerbstätigen nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. nun auch BGE 128 V 30 Erw. 1) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt für die Rechtsprechung zur Bedeutung ärztlicher Berichte und Gutachten für die Bestimmung des Invaliditätsgrades (BGE 115 V 134 Erw. 2, 114 V 314 Erw. 3c, 105 V 158 Erw. 1) sowie die Grundsätze der Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 f. Erw. 1c, je mit Hinweisen). Darauf wird verwiesen.
1.2 Zu ergänzen ist, dass zu den geistigen Gesundheitsschäden, welche in gleicher Weise wie die körperlichen eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken vermögen, neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert gehören. Nicht als Auswirkungen einer krankhaften seelischen Verfassung und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden vermöchte, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt werden muss (BGE 127 V 298 Erw. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 Erw. 2b mit Hinweisen). In den jeweils zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenen Urteilen B. vom 18. Mai 2004, I 457/02, und N. vom 12. März 2004, I 683/03, gelangte das Eidgenössische Versicherungsgericht zum Schluss, dass eine somatoforme Schmerzstörung, die in einem psychiatrischen Gutachten gestützt auf die ICD-10 (kurz für: Weltgesundheitsorganisation [WHO], International Classification of Diseases, 10. Aufl. 1992) oder das DSM-IV (Abkürzung für: American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders, 4. Auflage 1994; deutsche Übersetzung 1996 [Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen]) diagnostiziert wird, grundsätzlich überwindbar ist, also die erwerbliche Leistungsfähigkeit nicht in invalidisierendem Ausmass beeinträchtigt. Im Einzelfall bleibt zu prüfen, ob und inwieweit diese Vermutung durch Umstände entkräftet wird, welche annehmen lassen, dass die Umsetzung der (aus somatischer Sicht bestehenden) Leistungsfähigkeit unmöglich oder unzumutbar ist (erwähntes Urteil B. vom 18. Mai 2004, Erw. 7.3). Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt jedenfalls 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. So sprechen unter Umständen (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, (2) ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, (3) ein verfestigter,
therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"]) oder schliesslich (4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung (erwähntes Urteil N. vom 12. März 2004, Erw. 2.2.3 mit Hinweisen).
2.
2.1 Das kantonale Gericht erwog, gestützt auf das Gutachten des Dr. med. I._____, welches alle rechtsprechungsgemässen (BGE 125 V 352 Erw. 3 mit Hinweisen) Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen erfülle und dem somit voller Beweiswert zukomme, sei die Beschwerdeführerin hinsichtlich einer Tätigkeit als Sachbearbeiterin in einem Ingenieurbüro, wie sie sie seit 10. April 2000 ausübe, mindestens 70 % arbeitsfähig. Im Vergleich zum hypothetischen Einkommen ohne Gesundheitsschädigung (Valideneinkom-

men), für welches auf die (mutmasslichen) Einkünfte als vollzeitig angestellte Sachbearbeiterin abzustellen sei, resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %.
2.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, der medizinische Sachverhalt bedürfe ergänzender Abklärungen (weswegen sie am 17. Juni 2004 den Bericht des Dr. med. F._____ vom 30. April 2004 zu den Akten geben liess). Die von der Vorinstanz als voll beweiskräftige Entscheidungsgrundlage gewürdigte Expertise des Dr. med. I._____ vom 29. Juli 2001 sei nicht stichhaltig, weil dem Gutachter bedingt durch die bloss einmalige klinische Untersuchung der pathogenetische Hintergrund des psychischen Leidens nicht hinreichend bekannt gewesen sei. Bis zum Erlass der dem Rechtsmittelverfahren zu Grunde liegenden Verwaltungsverfügung vom 7. Februar 2002 seien zudem mehr als acht Monate vergangen, weshalb das genannte Gutachten nicht als hinreichend aktuell bezeichnet werden könne. Schliesslich überzeuge die gutachterliche Stellungnahme, wonach die Beschwerdeführerin mindestens im Umfang von 70 % arbeitsfähig sei, nicht, nachdem im Rahmen der seit April 2000 dauernden Anstellung als Sachbearbeiterin eine (versuchte) Steigerung des Pensums von 50 auf 70 % (von Oktober bis Dezember 2000) gescheitert sei.
3.
3.1 Die beteiligten Gutachter psychiatrischer Fachrichtung sind uneins hinsichtlich Diagnose sowie bezüglich der (an diese anknüpfende) Frage der leidensbedingt zumutbaren Leistung: Dr. med. F._____ diagnostiziert im Gutachten vom 18. Oktober 1999 (wie im Bericht vom 30. April 2004) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4 ICD-10); als Differentialdiagnose nennt er eine konversionsneurotische Störung. Seiner Einschätzung nach ist die Beschwerdeführerin auf Grund des Ausmasses der Beschwerden zu 50 % arbeitsfähig. Dr. med. I._____ gibt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit 1997 bestehende hysterisch-hypochondrische (konversive) Symptomatik i.S. leicht atypischer dissoziativer Sensibilitätsstörungen F44.6 ICD-10 und Bewegungsstörungen F44.4 ICD-10 (mit kommunikativem Charakter und sekundärem Krankheitsgewinn) an. Er spricht sich dafür aus, die Beschwerdeführerin sei mindestens im Umfang von 70 % arbeitsfähig (Expertise vom 29. Juli 2001).
3.2
3.2.1 Nach der ICD-10 werden unter der (zweistelligen) Kategorie F4 "Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen" u.a. die dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) gemäss F44 und die somatoformen Störungen nach F45 unterschieden (Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 4. Aufl., Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2000, kurz: ICD-10, S. 173 ff. und 183 ff.) Laut dem DSM-IV werden die Konversions- und die Schmerzstörung unter dem (gemeinsamen) Titel "Somatoforme Störungen" behandelt (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision, DSM-IV-TR, deutsche Bearbeitung und Einführung von Henning Saas [et al.]; übersetzt nach der Textrevision der 4. Aufl. des DSM, 2000, Göttingen Bern [etc.]2003, S. 539 ff.).
3.2.2 Hinsichtlich der von Dr. med. I._____ (im Gutachten vom 29. Juli 2001) gestellten Diagnose einer hysterisch-hypochondrischen (konversiven) Symptomatik (nach F44.4 und 6) ist in der ICD-10 als diagnostische Leitlinie u.a. formuliert, dass ausreichend viel über den psychologischen und sozialen Hintergrund und die Beziehungen des Patienten bekannt sein muss, damit eine überzeugende Erklärung für das Auftreten der Erkrankung gegeben werden kann (ICD-10, a.a.O., S. 179 f.). Die Bedeutung dieser im Wege der Begutachtung (insbesondere mittels Anamneseerhebung und durch das Einholen von Fremdauskünften) zu erhebenden Faktoren erhellt aus dem Verständnis der Bezeichnung "Konversion". Dieses gründet auf der Hypothese, dass die körperlichen Symptome eine symbolische Lösung eines unbewussten psychischen Konfliktes repräsentieren, die angstreduzierend wirkt und dazu dient, den Konflikt ausserhalb des Bewusstseins zu halten (primärer Krankheitsgewinn). Durch die Symptome kann ein sekundärer Krankheitsgewinn resultieren, indem äusserliche Vorteile entstehen oder unangenehme Pflichten oder Verantwortlichkeiten umgangen werden können. Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer Konversionsstörung gemäss dem DSM-IV implizieren
zwar nicht notwendigerweise, dass den (körperlichen) Symptomen solche Konstrukte zu Grunde liegen. Es wird indes ein Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und dem Symptom oder Ausfall angenommen, da Konflikte oder andere Belastungsfaktoren dem Beginn oder der Exazerbation des Symptoms oder des Ausfalls vorausgehen (DSM-IV-Textrevision, a.a.O., S. 549 und 553).
3.2.3 Gemäss der ICD-10 ist auf eine dissoziative Störung der Bewegung oder Sinnesempfindung gemäss F44.4-F44.7 zu erkennen, wenn sich die Störung auf den Verlust von Empfindungen beschränkt. Treten zusätzlich Schmerzsensationen oder andere komplexe, durch das vegetative Nervensystem vermittelte Empfindungen

hinzu, so sind diese unter den somatoformen Störungen (F45) zu klassifizieren (ICD-10, a.a.O., S. 179). Nach dem DSM-IV liegt ein diagnostisches Kriterium für das Vorliegen einer Konversionsstörung u.a. darin, dass das Symptom oder der Ausfall nicht auf Schmerz oder eine sexuelle Funktionsstörung begrenzt ist, nicht ausschliesslich im Verlaufe einer Somatisierungsstörung auftritt und schliesslich nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden kann (DSM-IV-Textrevision, a.a.O., S. 552 f.).
3.2.4 Bei allen (klassifikatorischen; Erw. 3.2.1) Unterschieden setzen die ICD-10 wie das DSM-IV für die Diagnose einer dissoziativen Störung (oder einer Konversionsstörung) nach dem Gesagten übereinstimmend voraus, dass der psychologische und soziale Hintergrund sowie die Beziehungen der betroffenen Person sorgfältig erhoben wurden (Erw. 3.2.2) und die Störung nicht ausschliesslich im Verlaufe einer Somatisierungsstörung auftritt (Erw. 3.2.3).
3.3
3.3.1 Dr. med. I._____ räumt im Gutachten vom 29. Juli 2001 ein, klare Angaben zum aetiologisch-pathogenetischen Hintergrund seien basierend auf einer einmaligen klinischen Untersuchung schwierig. Entgegen der Beschwerdeführerin kann daraus nicht gefolgert werden, der Expertise käme nur verminderter Beweiswert zu. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a). Der Umstand, dass im Gutachten des Dr. med. I._____ die Anamnese einlässlich dargelegt wird, die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin breiten Raum einnehmen und die daran anknüpfenden objektiven Befunde sowie die Diagnose und schliesslich auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus fachärztlicher Sicht begründet werden, spricht für eine (auch mit Blick auf das in Erw. 3.2.2 Dargelegte) voll beweiskräftige Entscheidungsgrundlage. Zieht man in
Betracht, dass nach der ICD -10 einzig Störungen, die sich auf den Verlust von Empfindungen beschränken, nach F44.4-F44.7 zu erfassen sind, während zusätzliche Schmerzsensationen nach F45 zu klassifizieren sind (Erw. 3.2.3) und dass Dr. med. F._____ (in der Expertise vom 18. Oktober 1999) mit beachtenswerten Gründen eine konversionsneurotische Störung bloss differentialdiagnostisch diskutierte, hat dessen Beurteilung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach F45.4 ICD-10 vorliegt, durchaus auch Einiges für sich.
3.3.2 Wird eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, ist die fachärztlich schlüssig ausgewiesene psychiatrische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer das zentrale Qualifizierungsmerkmal dafür, ob (ausnahmsweise) eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit vorliegt (Erw. 1.2 hievor). Hiefür in Frage kommen namentlich schwerwiegende Ausprägungen neurotischer Störungen (F40-F42 ICD-10), insbesondere der dissoziativen Störungen (F44 ICD-10) (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 35 f.). Die Annahme einer solchen Komorbidität bedingt, dass es sich um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes Leiden handelt (erwähntes Urteil N. vom 12. März 2004, I 683/03, Erw. 3.3.1 mit Hinweis auf Meyer-Blaser, a.a.O., S. 81 Anm. 135). Daran mangelt es, wenn, wie im hier zu beurteilenden Fall, bloss identische Symptome fachärztlich verschieden beurteilt und gestützt darauf verschiedene Diagnosen gestellt werden (Erw. 3.1 und 3.3.1). Das hat bezogen auf den hier strittigen Rentenanspruch letztlich zur
Konsequenz, dass unabhängig davon, welcher der beiden Gutachterstandpunkte (Erw. 3.1 und 3.3.1) als voll beweiskräftig gewürdigt und der Beurteilung zu Grunde gelegt wird, kein Anspruch auf eine Invalidenrente resultiert: Wird, mit der Vorinstanz, auf das Gutachten des Dr. med. I._____ abgestellt, worin eine hysterisch-hypochondrische (konversive) Symptomatik (nach F44.4 und 6) diagnostiziert wird, ist die durch das kantonale Gericht bestätigte Ablehnung des Rentenanspruchs durch die Verwaltung in Anbetracht der Stellungnahme des Dr. med. I._____ zur Arbeitsunfähigkeit zu Recht erfolgt. Geht man demgegenüber gestützt auf das Gutachten des Dr. med. F._____ (vom 18. Oktober 1999) - bekräftigt durch dessen Bericht vom 30. April 2004 - von der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach F45.4 ICD-10 aus, sind die in Erw. 1.2 dargelegten Kriterien zu prüfen.
3.3.3 Der Umstand, dass identische Symptome fachärztlich verschieden beurteilt werden und zu abweichenden Diagnosen führen, stellt nach dem Gesagten keine ausgewiesene psychische Komorbidität im Sinne der Rechtsprechung dar. Darunter fallen auch nicht, entgegen der von Dr. med. F._____ (Bericht vom 30. April

2004, S. 5) vertretenen Auffassung, die teils nur grenzwertigen weiteren psychiatrischen Diagnosen, welche Dr. med. I._____ (Gutachten vom 29. Juli 2001, S. 10) unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" nannte ("leicht psychasthenische und paranoide Persönlichkeitszüge", "hypochondrische MS-Phobie", "psychovegetative Labilität"; "leicht dysthyme Symptomatik"). Chronische körperliche Begleiterkrankungen, welche die Beschwerdeführerin in ihrer funktionellen Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigen, sind nicht aktenkundig. Die Beschwerdeführerin ist sozial integriert. Die Angaben der beiden Psychiater lassen weiter nicht auf einen hinreichend deutlich gemachten primären, wohl aber auf einen wiederholt erwähnten sekundären Krankheitsgewinn schliessen, was nicht berücksichtigt werden kann. Der Behandlungserfolg schliesslich hält sich nach den Angaben des Dr. med. F._____ zwar in Grenzen, ohne dass aber bei der noch jungen Beschwerdeführerin von einem Scheitern der Behandlungs- und Rehabilitationsbemühungen gesprochen werden müsste.

Insgesamt sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, dass die von Dr. med. F._____ diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, zumal dieser Facharzt seine Einschätzung einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit direkt vom Ausmass "der geschilderten Beschwerden" (Gutachten vom 18. Oktober 1999, S. 4 Ziff. 5 am Ende) abhängig macht. Wesentlich ins Gewicht fällt demgegenüber, dass Dr. med. F._____ - als Psychiater und damit aus fachärztlicher Sicht - den Leidensdruck seiner Patientin nicht als schwer sondern als "leicht- bis mittelgradig" (zitiertes Gutachten, S. 3 Ziff. 3 am Anfang) wahrnimmt, weshalb nicht auf Unzumutbarkeit einer höheren rentenausschliessenden Arbeitstätigkeit erkannt werden kann. Damit wird der Beschwerdeführerin keineswegs ein volles Arbeitspensum zugemutet, sondern nur, dass sie an etwas mehr als drei von fünf Normalarbeitstagen erwerbstätig ist. Das führt bei den gegebenen Verhältnissen zu einem Invalideneinkommen, welches im Vergleich zum Valideneinkommen keine Erwerbseinbusse von mindestens 40 % zur Folge hat (Art. 28 Abs. 1 IVG; BGE 104 V 136 Erw. 2b [Prozentvergleich]). Da sich an diesem Ergebnis auch unter Einbezug des Berichts des Dr. med. F._____ vom 30. April 2004 nichts ändert, kann offen bleiben, wie es sich mit der prozessualen Zulässigkeit dieses nachträglich eingereichten Arztberichts verhält (vgl. hiezu BGE 127 V 353). Anlass für ergänzende Beweisvorkehren besteht nach dem Gesagten nicht.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Solothurn, der Ausgleichskasse des Kantons Solothurn und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.

Luzern, 9. August 2004

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der IV. Kammer: Der Gerichtsschreiber: