

BGer 8C_71/2017 vom 20. April 2017

Bundesgericht, 2017-04-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_71_2017

FR: TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017

IT: TF 8C_71/2017 del 20 aprile 2017

Erwägungen

E. 1

Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann eine Rechtsverletzung nach Art. 95 f. BGG gerügt werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Dennoch prüft es - offensichtliche Fehler vorbehalten - nur die in seinem Verfahren gerügten Rechtsmängel (Art. 42 Abs. 1 f. BGG; BGE 135 II 384 E. 2.2.1 S. 389). Es legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann ihre Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Verfahrensausgang entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 BGG). Rechtsfragen sind die vollständige Feststellung erheblicher Tatsachen, die Beachtung des Untersuchungsgrundsatzes bzw. der Beweiswürdigungsregeln nach Art. 61 lit. c ATSG und der Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Bei den aufgrund dieser Berichte getroffenen Feststellungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit und bei der konkreten Beweiswürdigung geht es um Sachverhaltsfragen (nicht publ. E. 1 des Urteils BGE 141 V 585 ; zur Unterscheidung von Tat- und Rechtsfragen bei somatoformen Schmerzstörungen oder vergleichbaren psychosomatischen Leiden vgl. BGE 141 V 281 E. 7 S. 308).

E. 2

Die Beschwerdeführerin verlangt eventuell die Zusprache von Eingliederungsmassnahmen. Auf die Gründe für das diesbezügliche Nichteintreten der Vorinstanz geht sie jedoch nicht ein. In diesem Punkt weist die Beschwerde somit keine sachbezogene Begründung auf, weshalb darauf insoweit nicht einzutreten ist (BGE 123 V 335 ; Urteil 9C_119/2017 vom 20. Februar 2017).

E. 3

Das kantonale Gericht hat die rechtlichen Grundlagen betreffend die Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), die Invalidität (Art. 8 Abs. 1 ATSG , Art. 4 Abs. 1 IVG), die Invaliditätsbemessung bei teilweise erwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG ; BGE 141 V 15 E. 3 S. 20, 137 V 334, 133 V 504, 125 V 146) und die Voraussetzungen des Rentenanspruchs (Art. 28, Art. 29 Abs. 3 IVG ; Art. 88a Abs. 1 IVV) richtig dargelegt. Gleiches gilt zur Rechtsprechung über die Invalidität bei psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281), zum Beweiswert von Arztberichten (E. 1 hievori; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) und zum massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221). Darauf wird verwiesen. Zu ergänzen ist, dass bei rückwirkender Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente die Revisionsregeln analog anwendbar sind (Art. 17 Abs. 1 ATSG ; nicht

publ. E. 4.3.1 des Urteils BGE 137 V 369 , in SVR 2012 IV Nr. 12 S. 61 [9C_226/2011]; BGE 133 V 263 E. 6.1).

E. 4.1

Im asim-Gutachten vom 31. Oktober 2011 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.00); 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit ca. 2008 (ICD-10 F45.4). Die Ärzte der PMEDA stellten am 18. September 2014 keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf diese sei unter anderem eine residuelle depressive Episode mit leichtgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.0) bei rezidivierender depressiver Störung, bei möglicher posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1).

E. 4.2

Das kantonale Gericht erwog im Wesentlichen, das asim-Gutachten von 31. Oktober 2011 und das PMEDA-Gutachten vom 18. September 2014 erfüllten die praxisgemässen Anforderungen an eine ärztliche Expertise. Aus somatischer Sicht sei in beiden Gutachten von 100%iger Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen worden. Im asim-Gutachten vom 31. Oktober 2011 sei nachvollziehbar dargelegt worden, dass bei einer depressiven Störung, aktuell mittelgradige Episode, eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, retrospektiv jedoch bis 11. Mai 2011 von einer 50%igen Einschränkung auszugehen sei. Im PMEDA-Gutachten vom 18. September 2014 sei plausibel ausgeführt worden, dass die anlässlich der Untersuchung objektivierbare leichtgradige depressive Verstimmung allenfalls noch die Diagnose einer residuellen depressiven Episode mit aktuell noch leichtgradiger Ausprägung zulasse, somit von einer Verbesserung seit der asim-Begutachtung auszugehen sei; aus psychiatrischer Sicht könne seit April 2014 keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden.

E. 5

Die Beschwerdeführerin macht geltend, das Kantonsgericht Luzern habe mit Entscheid vom 16. November 2016 festgestellt, dass von der PMEDA und insbesondere von Prof. Dr. med. C._____, Facharzt für Neurologie FMH, keine ergebnisoffene neutrale Begutachtung erwartet werden könne, da der Anschein der Befangenheit bestehe. Zur Begründung habe es erwogen, die Geschäftsführung und medizinische Leitung der PMEDA liege in der Hand des Prof. Dr. med. C._____. Er ziehe hauptsächlich im Ausland tätige Ärzte bei. Problematisch sei auch, dass er jedes Gutachten intern überprüfe und unterzeichne. Weiter habe das kantonale Gericht festgehalten, dass er sich als Berater für Versicherungen und Zusatzversicherungen zur "Vermeidung ungerechtfertigter Krankentaggeld-, IV- und UV-Leistungen" anbiete. Laut Prof. Dr. med. C._____ seien 67 % aller bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten ungerechtfertigt. Zudem sei seine Unabhängigkeit in Frage gestellt worden, weil er resp. die PMEDA 62 % der Gutachten für Privatversicherungen erstellten. Diese Gründe gälten auch für das PMEDA-Gutachten vom 18. September 2014, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne.

Dem ist entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht die Beschwerde der IV-Stelle Luzern gegen den kantonalen Entscheid vom 16. November 2016 mit Urteil 9C_19/2017 vom 30. März 2017 geschützt hat (vgl. bereits das Urteil 8C_548/2017 vom 4. Januar 2017 E. 4, worin eine Befangenheit der PMEDA-Gutachter ebenfalls verneint wurde). Deshalb ist das PMEDA-Gutachten in dieser Hinsicht auch vorliegend nicht zu beanstanden. Somit kann

offen bleiben, ob das erstmalige Vorbringen der Befangenheit vor Bundesgericht - wie es hier vorliegt - überhaupt zulässig ist. Zwar erging der zur Begründung angerufene Entscheid des kantonalen Gerichts vom 16. November 2016 vor dem hier angefochtenen Entscheid, womit kein echtes Novum vorliegt. Da Prof. Dr. med. C. _____ indessen seitens der Versicherungsanwälte seit einiger Zeit schon in der Kritik steht, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdeführerin die Befangenheit nicht schon früher geltend machte.

E. 6

Soweit die Versicherte eine zu kurze Dauer der Untersuchung durch den psychiatrischen PMEDA-Gutachter bemängelt, ist dem entgegenzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nicht auf die Untersuchungsdauer ankommt. Zwar muss der zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Pathologie angemessen sein; zuvorderst hängt der Aussagegehalt einer Expertise aber davon ab, ob sie inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil 8C_695/2015 vom 19. November 2015 E. 3.4). Dies trifft hier zu.

E. 7

Weiter hat die Vorinstanz einlässlich dargelegt, dass im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung - wozu die Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0 gehört (vgl. E. 4.1 und E. 8.2.2 hiernach) - aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht von höhergradigen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit auszugehen sei. Denn die asim- und die PMEDA-Gutachter hätten durchgehend auf erhebliche Diskrepanzen zwischen den geschilderten Schmerzen und dem Verhalten der Beschwerdeführerin hingewiesen. Gegen diese Feststellung erhebt die Beschwerdeführerin keine substantiierten stichhaltigen Einwände.

Diese Diskrepanzen zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten sprechen gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 288, 131 V 49 E. 1.2 S. 51). Die Versicherte bringt vor, es hätte geklärt werden müssen, ob allfällige Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden gesundheitsbedingt seien. Dem ist entgegenzuhalten, dass der psychiatrische PMEDA-Gutachter angab, aus den somatischen Teilgutachten ergäben sich Aspekte einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden. Diese Feststellung ist für das Bundesgericht grundsätzlich verbindlich (vgl. auch Urteil 8C_367/2016 vom 2. August 2016 E. 4.2.1). Die Beschwerdeführerin benennt keine Arztberichte, die dies in Frage stellen würden, so dass sich hierzu Weiterungen erübrigen.

E. 8.1

Die Beschwerdeführerin rügt, die PMEDA-Gutachter hätten sie im April 2014 untersucht. Das Gutachten sei erst am 18. September 2014 erstellt und die strittige Verfügung am 7. September 2015 erlassen worden. Zwischenzeitlich sei sie jedoch vom 28. Januar bis 28. Februar 2015 in der Klinik D. _____ hospitalisiert gewesen. Laut dem entsprechenden Bericht der Klinik D. _____ vom 27. Juli 2015 sei damals der depressive Schweregrad als mittelgradig eingestuft worden. Demnach sei seit der PMEDA-Begutachtung, in deren Rahmen die Depression nur als leichtgradig angegeben worden sei, eine Verschlechterung eingetreten. Auch nach Erlass der strittigen Verfügung sei sie vom 17. März 2016 bis 5. April 2016 in der Klinik D. _____ hospitalisiert gewesen. Die Depression sei in den

Austrittsberichten vom 5. April und 9. Mai 2016 als schwer eingestuft worden. Sie habe in unverändertem Zustand entlassen werden müssen. Entgegen der Vorinstanz seien Arztberichte, die nach dem Verfügungserlass datierten, zu berücksichtigen, wenn daraus - wie hier - auf ihren Gesundheitszustand im Verfügungszeitpunkt geschlossen werden könne.

E. 8.2.1

Der Beschwerdeführerin ist darin beizupflichten, dass das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen hat (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220).

E. 8.2.2

Im Bericht der Klinik D. _____ vom 27. Juli 2015 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1); histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4); Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Weiter wurde ausgeführt, in der bisherigen Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei aktuell nicht absehbar und abhängig vom ambulanten Verlauf. Dieser Bericht der Klinik D. _____ gewichtet die depressive Störung somit etwas schwerer als das PMEDA-Gutachten vom 18. September 2014 (vgl. E. 4.1 hiervor). Hiervon abgesehen äusserte sich die Klinik D. _____ im Bericht vom 27. Juli 2015 nicht zu den Diskrepanzen im Verhalten der Versicherten (E. 7 hiervor), was dessen Beweiswert mindert. Zudem ergeben sich aus diesem Bericht keine Aspekte, die im Rahmen der PMEDA-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären und zumindest Anlass für ergänzende Abklärungen geben könnten (vgl. auch Urteil 9C_936/2011 vom 21. März 2012 E. 4.2.2.2).

Weiter ist zu beachten, dass leicht- bis höchstens mittelgradig schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197). Es wird vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist praxisgemäss in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen. Eine bloss alle zwei Wochen stattfindende ambulante Psychotherapie stellt grundsätzlich keine konsequente Depressionstherapie dar (Urteil 8C_444/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 6.2.2 mit Hinweisen). Laut dem psychiatrischen PMEDA-Teilgutachten vom 18. September 2014 ging die Versicherte zwei- bis dreimal pro Monat zu ihrem Psychiater in ambulante Behandlung. Weiter wurde darin ausgeführt, die bisherige psychopharmakologische Behandlung mit polygramatischem Ansatz sei dringend leitliniengerecht zu ordnen; die Einstellung auf eine psychopharmakologische Monotherapie, z.B. mit Seroquel, sei zu erwägen. Die Klinik D. _____ legte im Bericht vom 27. Juli 2015 dar, eine gewisse Verminderung der Einschränkungen sei unter Fortführung und gegebenenfalls Anpassung der antidepressiven Medikation sowie der symptomatisch-medikamentösen Therapie der Impulskontrollstörung und des Schmerzsyndroms sowie intensiver Psychotherapie denkbar. Unter diesen Umständen kann die depressive Störung der Versicherten noch nicht als behandlungsresistent angesehen werden.

E. 8.3

Der Bericht der Klinik D. _____ vom 27. Juli 2015 bezog sich auf die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 28. Januar 2015 bis 28. Februar 2015. Für den Zeitraum bis zum Verfügungserlass am 7. September 2015 beruft sie sich auch auf die Berichte der Klinik D. _____ vom 5. April und 9. Mai 2016 betreffend ihre Hospitalisation vom 17. März 2016 bis 5. April 2016, worin ihre Depression als schwer eingestuft wurde (vgl. E. 8.1 hiervor).

Spätere Arztberichte sind in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366; Urteil 9C_949/2011 vom 30. August 2012 E. 3.2.2). Gerade bei einem fluktuierenden Verlauf - wie er hier vorliegt - gilt das aber nicht ohne Weiteres. Aus den Berichten der Klinik D. _____ vom 5. April und 9. Mai 2016 kann nicht auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bei Verfügungserlass geschlossen werden. Ob damals (über das von ihr subjektiv Erlebte und Geschilderte hinaus) wirklich eine schwere Ausprägung der depressiven Episode vorlag, kann damit letztlich offen bleiben; immerhin bestanden mit Blick auf den Bericht der Klinik D. _____ vom 9. Mai 2016 erneut Inkonsistenzen in ihrem Verhalten (vgl. auch E. 7 hiervor). Sie gab ein Schwächegefühl in den Beinen an, obwohl die Überprüfung einen Kraftgrad 5/5 ergab. Zudem ging sie mitunter allein auf dem Klinikareal "walken", was an einer schweren Depression zweifeln lässt.

E. 9

Die Beschwerdeführerin bringt vor, das PMEDA-Gutachten vom 18. September 2014 sei auch bezüglich der Diagnostik unvollständig. Hierin sei unter Berufung auf das asim-Gutachten vom 31. Oktober 2011/3. August 2012 die in allen sonstigen Berichten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung verneint worden. Die diesbezüglich notwendigen Befragungen, fremdanamnesticen Abklärungen und Tests (z.B. Mini IFC zur Erhebung der psychischen Funktionsfähigkeit) habe der psychiatrische PMEDA-Gutachter nicht vorgenommen. Die Frage nach dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sei hier zentral, da bei deren Vorliegen die Ressourcenprüfung nicht zur Anwendung käme.

Hierzu ist festzuhalten, dass im psychiatrischen PMEDA-Teilgutachten ausgeführt wurde, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfordere, dass die Symptomatik bis in die Kindheit und Jugendzeit zurück zu verfolgen sei, was vorliegend nicht zutrefte. Wenn die Vorinstanz hierauf abstelle, ist dies für das Bundesgericht grundsätzlich verbindlich und nicht zu beanstanden (vgl. Horst Dilling/Werner Mombour/Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, S. 277). Im Übrigen verhält es sich hier auch nicht so, dass sich die besagte Persönlichkeitsstörung in einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit niederschlagen würde.

E. 10

Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, die PMEDA habe sich im Gutachten vom 18. September 2014 nicht zum Verlauf seit dem asim-Gutachten vom 31. Oktober 2011 geäußert und nicht dargetan, wann die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes eingetreten sein soll. Der psychiatrische PMEDA-Gutachter habe sie nicht näher nach dem Verlauf gefragt.

Dem ist entgegenzuhalten, dass die PMEDA-Gutachter ausführten, sie hätten das Aktendossier der IV-Stelle gründlich geprüft. Zudem gaben sie die wesentlichen ärztlichen Dokumente zusammenfassend wieder. Der psychiatrische PMEDA-Gutachter untersuchte die Versicherte und befragte sie zur Vorgeschichte sowie zu ihren aktuellen Beschwerden. Weiter führte er aus, aufgrund des aktuellen Befunds sei eine Besserung anzunehmen und die bislang attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit entfallen. Damit wurde zum Verlauf des Gesundheitszustandes hinreichend Stellung genommen. Wenn die Vorinstanz gestützt hierauf von dessen Verbesserung ab dem Zeitpunkt der PMEDA-Begutachtung im April 2014 ausging, ist dies nicht zu beanstanden.

E. 11

Die Beschwerdeführerin rügt, die Vorinstanz sei auf die in Ziff. 7 ihrer kantonalen Beschwerde gegen das PMEDA-Gutachten vorgebrachten Einwände (mit Ausnahme der Beanstandung der zu kurzen Begutachtung; hierzu vgl. E. 6 hievor) nicht näher eingetreten.

Im Rahmen der aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV fließenden Begründungspflicht ist es nicht erforderlich, dass sich die Behörde mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich die betroffene Person über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (BGE 138 I 232 E. 5.1 S. 237). Diese Anforderungen erfüllt der angefochtene Entscheid. Die Versicherte zeigt nicht substantiiert auf und es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern ihn die in Ziff. 7 ihrer kantonalen Beschwerde vorgebrachten Einwände in Frage zu stellen vermöchten.

E. 12

Insgesamt erhebt die Beschwerdeführerin keine Rügen, aus denen sich ergäbe, dass das kantonale Gericht Bundesrecht verletzt oder den Sachverhalt offensichtlich unrichtig oder sonstwie bundesrechtswidrig festgestellt hätte (vgl. E. 1 hievor). Dies gilt auch für ihre zahlreichen weiteren Vorbringen, soweit sie nicht als appellatorische Kritik an der vorinstanzlichen Beweiswürdigung ohnehin unbeachtlich sind. Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten sind, ist darauf zu verzichten. Dies verstösst weder gegen den Untersuchungsgrundsatz (Art. 61 lit. c ATSG) noch gegen den Anspruch auf rechtliches Gehör bzw. auf Beweisabnahme (Art. 29 Abs. 2 BV ; antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236; Urteil 8C_741/2016 vom 3. März 2017 E. 7.6). Von willkürlicher Beweiswürdigung der Vorinstanz kann keine Rede sein.

E. 13

Betreffend die Anwendung der gemischten Methode an sich erhebt die Beschwerdeführerin keine Diskriminierungsrüge (Art. 106 Abs. 2 BGG). Damit erübrigt sich eine Bezugnahme auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte in Sachen E._____ gegen die Schweiz (7186/09) vom 2. Februar 2016 (Urteil 8C_762/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.2; vgl. auch Urteil 9F_8/2016 vom 20. Dezember 2016 E. 4.4, zur Publikation vorgesehen). Gegen den aufgrund dieser Methode ermittelten Invaliditätsgrad von 43 % ab Februar 2011 und von 23 % ab 12. Mai 2011, woraus in Anwendung der Art. 28 IVG und

88a Abs. 1 IVV eine von 1. Februar 2011 bis 31. August 2011 befristete Viertelsrente resultiert, erhebt die Versicherte ebenfalls keine Einwände. Weiterungen hierzu erübrigen sich demnach.

E. 14

Die unterliegende Beschwerdeführerin trägt die Gerichtskosten (Art. 66 Abs. 1 BGG).

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