

BGer 9C 415/2017 vom 21. September 2017

Bundesgericht, 2017-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_415_2017

FR: TF 9C 415/2017 du 21 septembre 2017

IT: TF 9C 415/2017 del 21 settembre 2017

Regeste

Invalidenversicherung | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1.1

Mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann u.a. die Verletzung von Bundesrecht gerügt werden (Art. 95 lit. a BGG). Die Feststellung des Sachverhalts (durch die Vorinstanz; Art. 105 Abs. 1 BGG) 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 ; vgl. auch Art. 105 Abs. 2 BGG). Unter den zweiten Tatbestand fällt namentlich die unvollständige (gerichtliche) Feststellung der rechtserheblichen Tatsachen (BGE 135 V 23 E. 2 S. 25) oder wenn der angefochtene Entscheid eine entscheidungswesentliche Tatfrage, im Streit um eine Rente der Invalidenversicherung namentlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person, auf unvollständiger Beweisgrundlage beantwortet (Urteil 9C_292/2014 vom 3. September 2014 E. 3; vgl. auch BGE 132 III 83 E. 3.5 S. 88).

E. 1.2

In der Begründung der Beschwerde ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt (Art. 42 Abs. 2 BGG). In Bezug auf die vorinstanzliche Sachverhaltsfeststellung und Beweiswürdigung, die willkürlich sein muss (BGE 139 II 404 E. 10.1 S. 445), gilt eine qualifizierte Rüge- und Begründungspflicht (Art. 106 Abs. 2 BGG ; Urteil 9C_281/2017 vom 4. Juli 2017 E. 1 mit Hinweisen). Auf bloss appellatorische Kritik am angefochtenen Entscheid, womit lediglich die eigene Sichtweise wiedergegeben wird, wie die Akten tatsächlich zu würdigen und welche rechtlichen Schlüsse daraus zu ziehen seien, tritt das Bundesgericht nicht ein (BGE 138 I 171 E. 1.4 S. 176; 137 II 353 E. 5.1 S. 356).

E. 2

Streitgegenstand bildet der von der Vorinstanz und zuvor schon von der Beschwerdegegnerin verneinte Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung. Dessen Vorbringen richten sich in erster Linie gegen das Tatsachenfundament des angefochtenen Entscheids. Er rügt, mit dem Abstellen auf den RAD-Bericht vom 24. Oktober 2014 habe die Vorinstanz eine willkürliche Beweiswürdigung vorgenommen auf der Grundlage eines von der Beschwerdegegnerin in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 ATSG unvollständig abgeklärten Sachverhalts.

E. 3.1

Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er 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 der medizinischen Situation einleuchtet und wenn die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Dieser muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile 8C_309/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 4.3 und 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2).

E. 3.2

Nach der Rechtsprechung ist es zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, wozu namentlich auf eigenen Untersuchungen beruhende RAD-Berichte nach Art. 49 Abs. 2 IVV gehören, abzustellen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil 8C_452/2016 vom 27. September 2016 E. 3 mit Hinweisen, in: SVR 2017 IV Nr. 13 S. 31). Umgekehrt genügt die Tatsache allein, dass eine abweichende (selbst fach-) ärztliche Meinung besteht, nicht, um im dargelegten Sinne die Aussagekraft und damit den Beweiswert eines medizinischen Berichts in Frage zu stellen (Urteil 9C_360/2016 vom 21. April 2017 E. 3.2 mit Hinweis). Der (Untersuchungs-) Bericht eines einzelnen RAD-Arztes allein bildet regelmässig keine genügende Entscheidungsgrundlage etwa bei ausgeprägt interdisziplinärem Charakter der Fragestellung oder wenn zwischen seiner Beurteilung und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, die nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen beruht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219; Urteil 9C_858/2014 vom 3. September 2015 E. 3.3.3).

E. 3.3

Ob einem Arztbericht Beweiswert zukommt, ist eine grundsätzlich frei überprüfbare Rechtsfrage (Urteil 9C_395/2016 vom 25. August 2016 E. 1.4 mit Hinweis).

E. 4

Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert des RAD-Berichts vom 24. Oktober 2014 (im Sinne von nicht geringen Zweifeln an dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit) im Wesentlichen mit den davon abweichenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der behandelnden Ärzte, (erstmal) mit der fehlenden fachlichen Kompetenz des Verfassers (Dr. med. B. _____) und mit (nicht heilbaren) inhaltlichen Unklarheiten betreffend den Umfang der Arbeitsfähigkeit und die Eingliederungsfähigkeit.

E. 4.1

Die Vorinstanz hat in E. 4b-g ihres Entscheids im Rahmen pflichtgemässer freier Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG ; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil 9C_492/2012 vom 25. September 2012 E. 5.1.1) die Gründe dargelegt, weshalb die übrigen teils nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2016 erstellten ärztlichen Berichte nicht geeignet sind, Zweifel an der Schlüssigkeit des RAD-Berichts vom 24. Oktober 2014 zu wecken oder abklärungsbedürftige Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des

Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu liefern. Zu den Erwägungen betreffend den Bericht von Dr. med. C. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. April 2016 äussert sich der Beschwerdeführer nicht, womit es sein Bewenden hat. Seine Vorbringen gegen die Feststellungen und Schlussfolgerungen der Vorinstanz bezüglich der Berichte des Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, SSMS Sportmedizin, vom 19. April 2016 und des Hausarztes Dr. med. E. _____ vom 30. Juli 2014 und 9. Juni 2015 erschöpfen sich sodann in unzulässiger appellatorischer Kritik am angefochtenen Entscheid. Darauf ist nicht einzutreten (E. 1.2 hiervor).

E. 4.2.1

Dr. med. B. _____ ist Facharzt für Chirurgie. Unklar ist, ob (nur) für allgemeine Chirurgie oder (auch) speziell für orthopädische oder Viszeral- oder gastrointestinale Chirurgie. Er erwähnte in seinem Bericht vom 24. Oktober 2014 folgende Diagnosen: (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) Körperliches Erschöpfungssyndrom aufgrund des erheblichen Übergewichts; Überlastungsbeschwerden beider Kniegelenke wegen Übergewicht und Gonarthrose beidseits; fortgeschrittene mediale femoro-tibiale Gonarthrose rechts mit Chondropathie IV; belastungsabhängiges LWS-Syndrom; Adipositas permagna et maligna (143 kg, 183 cm, BMI 44,6 kg/m²); Schwellneigung wegen chronisch venöser Insuffizienz Stadium III; (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) Diabetes mellitus Typ II, nicht insulinabhängig; Verdacht auf arteriellen Hypertonus; depressive Reaktion als Reaktion auf die soziale Situation, nicht therapiebedürftig. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen betreffen somit verschiedene medizinische Fachgebiete. Dabei spielt offensichtlich das Übergewicht (direkt oder indirekt) eine entscheidende Rolle, weshalb sich die Frage nach einer Gewichtsreduktion stellt. Von einer solchen Massnahme kann, was ohne Weiteres einleuchtet, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und auch der Arbeitsfähigkeit erwartet werden, etwa durch eine (wieder) grössere Beweglichkeit des Rumpfes, geringere Belastung der Kniegelenke und der Wirbelsäule sowie späteres Auftreten körperlicher Erschöpfung. Insoweit erscheint denn auch nachvollziehbar, dass der RAD-Arzt eine vom Hausarzt Dr. med. E. _____ in seinem Bericht vom 30. Juli 2014 beantragte polydisziplinäre Begutachtung als verfrüht erachtete, weil "der Versicherte unter Hinweis auf seine Mitwirkungspflichten eine Gewichtsreduktion anstreben, Hilfsmittel für kaufmännische Tätigkeiten oder Büroarbeiten einsetzen und auch seine Schmerzmedikation bezüglich der Kniegelenke und der Rückenproblematik anpassen" könne. Allerdings stellt sich die Frage nach der Zumutbarkeit einer solchen Massnahme. Ob Dr. med. B. _____ diesbezüglich über das erforderliche Fachwissen und die nötige Erfahrung verfügt, ist unklar. In der vorinstanzlichen Beschwerde wurde eine Gewichtsabnahme um 40-50 kg ohne Operation als "schlicht nicht möglich" bezeichnet. Das Einsetzen eines Magenbandes wiederum sei nicht ungefährlich und würde Komplikationen aufgrund der Diabetes-Erkrankung mit sich bringen.

E. 4.2.2

Wie auch die Vorinstanz festgestellt hat, weist der RAD-Bericht vom 24. Oktober 2014 einen Widerspruch auf: Nach Ziff. 8.2 kann in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % angenommen werden. Gleichzeitig wird gesagt, es wäre eine Wiedereingliederung in eine adaptierte Tätigkeit mit anfänglich 50 % einzuleiten. Demgegenüber wird unter Ziff. 8.2.5 die "Geschätzte Gesamt-Arbeitsfähigkeit in

adaptierter Tätigkeit aus medizinischer Sicht" umschrieben mit "50 % bis 80 % Arbeitsfähigkeit unter Zuhilfenahme des Hilfsmittels eines elektrisch höhenverstellbaren Arbeitstisches". Dieselbe Einschätzung soll gemäss Ziff. 8.1.4 auch für die angestammte (mit Reisen und Kundenkontakt verbundene) Tätigkeit gelten, welche jedoch aufgrund des Belastungsprofils, insbesondere der eingeschränkten Gehfähigkeit grundsätzlich ausser Betracht fällt. Zur Frage bei Ziff. 8.3.2, ob einer sofortigen beruflichen Eingliederung medizinische Hinderungsgründe entgegenstehen, wird ausgeführt: "Eine berufliche Eingliederungsfähigkeit besteht ab sofort, zum Beispiel mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % bei erhöhtem Pausenbedarf (...). Steigerungspotential besteht bis auf 80 % Arbeitsfähigkeit bei 20 % erhöhtem Pausenbedarf". Schliesslich wird unter Ziff. 8.4 des Berichts vom 24. Oktober 2014 festgehalten, dass die "Prognose steht und fällt mit der Reduktion des erheblichen Übergewichts auf zunächst 100 kg". Weder im Bericht vom 24. Oktober 2014 selber noch in den übrigen medizinischen Akten lässt sich eine schlüssige Erklärung dafür finden, dass die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten aus medizinisch-theoretischer Sicht 80 %, im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung (anfänglich) jedoch lediglich 50 % (bei erhöhtem Pausenbedarf) betragen soll. Der Beschwerdeführer hatte sich zwar Dr. med. B. _____ gegenüber dahingehend geäussert, er "könne sich eine initiale Teil-Arbeitszeit zum Wiedereinstieg in eine Erwerbstätigkeit von zunächst 50 % vorstellen, Steigerung nicht ausgeschlossen". Gemäss Vorinstanz dürfte diese Selbsteinschätzung den RAD-Arzt dazu bewogen haben, der IV-Stelle trotz medizinisch-theoretischer Arbeitsfähigkeit von 80 % bzw. 50-80 % eine Wiedereingliederung in eine leidensadaptierte Tätigkeit mit initial 50 % zu empfehlen, was angesichts der Bedeutung der Arbeitsmotivation für das Gelingen von Eingliederungsmassnahmen durchaus nachvollziehbar erscheine. Eine mögliche selbst plausible Erklärung des Widerspruchs kann indessen im Kontext mit Blick auf die Wichtigkeit der gesundheitlich bedingt (noch) zumutbaren Arbeitsfähigkeit für die Invaliditätsbemessung nicht genügen. Es kommt dazu, dass die zur Diskussion Anlass gebenden Aussagen im RAD-Bericht vom 24. Oktober 2014 auf klare Fragestellungen hin erfolgten. Schliesslich ist auch nicht klar, was der RAD-Arzt damit sagen wollte, die Prognose stehe und falle mit der Gewichtsabnahme auf zunächst 100 kg.

E. 4.3

Nach dem Gesagten bestehen nicht geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der RAD-ärztlichen Beurteilung vom 24. Oktober 2014, sodass nicht ohne weiteres darauf abgestellt werden kann (E. 3.2 hiavor), was auch für die darauf beruhende Festsetzung der Arbeitsfähigkeit von 80 % in den gesundheitlichen Beeinträchtigungen angepassten Tätigkeiten durch Vorinstanz und IV-Stelle gilt. Ebenso erlauben die übrigen medizinischen Unterlagen nicht, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in zuverlässiger Weise einzuschätzen. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung kann weder von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % noch von einem maximalen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 von maximal 10 % ausgegangen werden, was nach ihrer Berechnung für einen Rentenanspruch nicht genügt. Der angefochtene Entscheid beruht somit in einem wesentlichen Punkt auf unvollständiger Beweisgrundlage (E. 1.1 hiavor). Die Beschwerdegegnerin wird im Sinne des Vorstehenden ergänzende Abklärungen vorzunehmen haben und danach über den Rentenanspruch des Versicherten neu verfügen. Bei diesem Ergebnis erübrigen sich Weiterungen zur bestrittenen erwerblichen Verwertbarkeit "einer allfälligen theoretischen Restarbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten".

E. 5

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG) und dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 68 Abs. 2 BGG).

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