

BGer 9C_726/2017 vom 20. Februar 2018

Bundesgericht, 2018-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_726_2017

FR: TF 9C_726/2017 du 20 février 2018

IT: TF 9C_726/2017 del 20 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Das vorinstanzliche Urteil ging der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin am 12. September 2017 zu. Die dreissigtägige Beschwerdefrist lief deshalb bis zum 12. Oktober 2017. Die an diesem Datum der Post übergebene Beschwerde (Poststempel) ist fristgerecht eingereicht worden. Dagegen bleibt ein am 15. Oktober 2017 - mithin nach Fristablauf - der Post aufgegebenes "redaktionell bereinigtes Doppel der Beschwerde" (Poststempel) unbeachtlich.

E. 1.2

Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann deren Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG). Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen, und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen).

E. 2

Die Vorinstanz hat die Grundsätze zum Beweiswert von Arztberichten (BGE 134 V 213 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352) zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen.

E. 3

Das kantonale Gericht erwog, gemäss ABI-Gutachten vom 8. Juni 2016 leide die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, welche die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin als auch in jeder anderen Tätigkeit um 20 % einschränke. Aus neuropsychologischer Sicht lasse sich zufolge schlechter Kooperation keine reproduzierbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die chronischen Kopfschmerzen und ein Status nach Hirninfarkt am 3. Juni 2012. Die Restarbeitsfähigkeit von 80 % könne vollschichtig bei reduzierter Leistung oder stundenweise im Reinigungsbereich umgesetzt werden. Diese Einschätzung gelte ab April 2016. Nach dem Hirninfarkt im Juni 2012 sowie nach einem Sprunggelenksbruch links im Juli 2014 habe jeweils eine befristete vollständige Arbeitsunfähigkeit von einigen Wochen im Rahmen der Rekonvaleszenz bestanden.

Weitere Hinweise für eine längerdauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestünden nicht. Was die Beschwerdeführerin gegen das ABI-Gutachten vorbringe, verfange nicht, weshalb diesem Beweiskraft zukomme. Folglich habe die IV-Stelle den Rentenanspruch zu Recht verneint.

E. 4.1

Die Versicherte wendet hiergegen zunächst ein, die Vorinstanz habe den Sachverhalt offensichtlich unrichtig festgestellt:

E. 4.1.1

So verkenne das Versicherungsgericht, dass der neurologische Experte der ABI (entgegen der medizinischen Evidenz) behaupte, es liege kein Ausfall im zentralen und peripheren Nervensystem vor.

Eine so absolute Aussage findet sich, wie in der vorinstanzlichen E. 3.4.4 zutreffend festgehalten, im Gutachten nicht, auch nicht an der von der Beschwerdeführerin - unter Unterdrückung einer massgeblichen Verweisung - zitierten Stelle der Expertise.

E. 4.1.2

Aktenwidrig sei sodann die Feststellung, dass sich aus dem Bericht des Neurologen Dr. med. D. _____ vom 14. Juli 2017 keine von der Einschätzung der ABI abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe.

Dr. med. D. _____ untersuchte die Beschwerdeführerin erstmals im April 2017. Die von ihm dannzumal klinisch erhobene Verlangsamung bleibt für die Beurteilung des Gesundheitsschadens bis zum massgeblichen Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Oktober 2016 (vgl. hierzu BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweis) ohne Relevanz. Zudem ist richtig, dass Dr. med. D. _____ keine abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vornahm, sondern lediglich - ohne nähere Begründung - festhielt, dass für ihn eine volle Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht nachvollziehbar sei.

E. 4.1.3

Falsch sei auch, dass sich den Akten keine Hinweise darauf entnehmen liessen, dass ein "Morbus Sudeck" (complex regional pain syndrom, fortan: CRPS) ab März 2015 noch nicht ausgeheilt gewesen sei.

Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin lässt sich weder dem Verlaufsbericht des Hausarztes vom 5. August 2015 noch dessen Stellungnahme vom 4. August 2017 entnehmen, bis wann ein CRPS bestanden haben soll. Ersichtlich ist einzig, dass - dem Hausarzt zufolge - im August 2015 aufgrund mangelnder Belastbarkeit des oberen Sprunggelenks links und einem hinkenden Gangbild nach wie vor eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden haben soll (vgl. auch E. 4.2.1 hinten).

E. 4.1.4

Schliesslich sei aktenwidrig, dass die Versicherte zur Zeit der ABI-Begutachtung keine Psychopharmaka eingenommen habe. Dies sei auch nicht durch Laboruntersuchungen belegt.

Aktenkundig ist, dass sich die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung durch die ABI nicht in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befand. Gemäss Bericht der behandelnden Psychiaterin med. prakt. E. _____ vom 12. September 2016 stand die

Versicherte bei ihr nur

phasenweise in Therapie, erstmals von 2004 bis 2007 und hernach erneut seit 2012. Seit 2012 habe die Patientin verschiedene Antidepressiva erhalten, im Berichtszeitpunkt habe sie einzig Surmontiltropfen zum Schlafen rezeptiert. Eine Überprüfung des Medikamentenspiegels durch die ABI ist nicht ersichtlich. Wie das kantonale Gericht zutreffend ausführte, erübrigte sich eine solche angesichts der übereinstimmenden Angaben von Versicherter und behandelnder Psychiaterin.

E. 4.2

Sodann rügt die Beschwerdeführerin, weder das ABI-Gutachten noch die vom Gericht eingeholte ergänzende Stellungnahme der ABI entsprächen den bundesrechtlichen Anforderungen an ein beweismässiges Gutachten:

E. 4.2.1

Zunächst habe es der Psychiater der ABI versäumt, sich mit den abweichenden (echtzeitlichen) psychiatrischen Einschätzungen sowie mit dem Eingliederungsergebnis auseinanderzusetzen.

Der psychiatrische Experte berücksichtigte die früheren ärztlichen Einschätzungen, konnte aber -entgegen der behandelnden Psychiaterin med. prakt. E. _____ - aufgrund der berichteten Aktivitäten nur eine leichtgradige Verminderung des Antriebs feststellen (schon der psychiatrische Gutachter der PMEDA stellte eine überwindbare Antriebsminderung fest, diagnostizierte dessen ungeachtet eine mittelgradige depressive Störung und schloss gestützt darauf auf eine volle Arbeitsunfähigkeit, was der RAD zu Recht als nicht schlüssig beurteilte). Dabei führte der psychiatrische Gutachter der ABI einerseits aus, die subjektive Krankheitsüberzeugung könne dazu beitragen, dass die Versicherte sich mehr eingeschränkt fühle, als sich durch die Befunde erklären lasse. Andererseits wies er auf ein erhebliches Aggravationsverhalten hin, da die Beschwerdeführerin in der Exploration Gedächtnisstörungen geklagt habe, die sich nicht durch eine psychiatrische Störung erklären liessen.

Der Abschlussbericht Integration vom 7. November 2013 lag den Gutachtern vor. Inwieweit dieser geeignet ist, der fachärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung die Schlüssigkeit abzusprechen, wird nicht näher dargelegt und ist auch nicht ersichtlich. Insbesondere ist zwischen der gezeigten Motivation während der Eingliederungsmassnahmen und den präsentierten gesundheitlichen Einschränkungen zu differenzieren.

E. 4.2.2

Ohne ausreichende eigene Untersuchung und ohne Kenntnis der vollständigen Akten - so die Beschwerdeführerin weiter - seien die Experten der ABI davon ausgegangen, sie habe - trotz Vorliegen eines CRPS - anlässlich der Begutachtung durch die PMEDA im Dezember 2014 einbeinig hüpfen können. Dies sei höchst unwahrscheinlich, habe doch der internistische Gutachter der PMEDA ein hinkendes Gangbild und Erschöpfung beim Treppensteigen beobachtet mit Abbruch wegen Schmerzen im Knöchel.

Der orthopädische Gutachter der ABI erhob bei seiner Untersuchung vom 18. April 2016 verschiedene Unsicherheiten z.B. beim Einbeinstand; indessen konnte er weder klinisch noch bildgebend Auffälligkeiten am linken oberen Sprunggelenk ausmachen. Im vorinstanzlichen Verfahren legte die Beschwerdeführerin u.a. Berichte ihres Hausarztes

bezüglich eines CRPS ins Recht, die den Gutachtern nicht vorgelegen hatten. Hierauf holte das kantonale Gericht eine ergänzende Stellungnahme des orthopädischen Gutachters der ABI ein, die am 7. Juni 2017 erstattet wurde. Der Experte schloss nicht gänzlich aus, dass ein CRPS bestanden haben könnte, konnte dessen Vorliegen aber auch anhand der neu vorgelegten Unterlagen nicht (mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, vgl. hierzu BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; Urteil 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 2.2) bestätigen, zumal verschiedene aktenkundige Indizien dagegen sprachen. Dass die Versicherte in der PMEDA-Begutachtung im Dezember 2014 einbeinig gehüpft sein soll, war ein solches unter vielen und erscheint im Lichte der übrigen vom orthopädischen Experten genannten Anhaltspunkte nicht allein deshalb unwahrscheinlich, weil der internistische Gutachter der PMEDA beim Treppensteigen Hinken, Erschöpfung und Knöchelschmerzen festhielt. In der ergänzenden Stellungnahme vom 7. Juni 2017 begründete der orthopädische Gutachter der ABI einlässlich und nachvollziehbar, dass aus orthopädischer Sicht die Versicherte ab Mitte September 2014 zumindest für Tätigkeiten im Sitzen (ohne Belastung des linken Fusses) wieder zu 100 % einsatzfähig gewesen sei und ihr spätestens ab März 2015 auch Arbeiten im Stehen oder Gehen wieder zu 100 % möglich gewesen seien. An massgeblichen Akten, die dabei unberücksichtigt blieben, erwähnt die Beschwerdeführerin letztinstanzlich einzig eine Fotografie, welche sie am 8. August 2017 ins Recht legte. Inwiefern die Vorinstanz Bundesrecht verletzt haben soll, indem sie erwog, dass diese Fotografie keine Zweifel an den ergänzenden gutachterlichen Ausführungen zu wecken vermochte, ist nicht ersichtlich.

E. 4.2.3

Weiter verweist die Beschwerdeführerin darauf, dass die im Beschwerdeverfahren eingereichten Fremdanamnesen ihres Vorgesetzten sowie des Hausarztes der Arbeitsfähigkeitsschätzung der ABI widersprechen.

In der Beurteilung des Vorgesetzten vom 10. Mai 2017 wird die Versicherte im Wesentlichen als sehr motiviert, aber seit dem Hirnschlag in der Persönlichkeit stark verändert und beeinträchtigt beschrieben. Indessen sind auch diese Äusserungen - wie bereits die Einschätzung des Eingliederungsberaters (E. 4.2.1 Abs. 2 oben) vor dem Hintergrund der gutachterlich festgestellten Krankheitsüberzeugung und der Anzeichen für Aggravation zu sehen. Diese wurden nicht nur von den psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Gutachtern der ABI übereinstimmend erhoben, sondern auch bereits vom neuropsychologischen Gutachter der PMEDA und den Experten des Instituts C. _____ erwähnt. Die Berichte des Hausarztes enthalten keine neuen Elemente, die von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden wären, so dass sie keine Zweifel an der ABI-Expertise zu wecken vermögen.

E. 4.2.4

Schliesslich bringt die Versicherte vor, der psychiatrische Gutachter habe die "Standardindikatoren" nicht korrekt geprüft. Namentlich habe er die Persönlichkeit auf lediglich vier Zeilen abgehakt. Ohnehin liege kein rein psychosomatisches Leiden vor, sondern ein organisches Korrelat der komplexen körperlichen und psychischen Folgen des Infarkts. Zudem widerspreche es dem IV-Rundschreiben Nr. 334, die Aggravation einer ausgewiesenen Gesundheitsschädigung (i.c. neurologischer Status nach Hirninfarkt) als Ausschlussgrund (für deren Berücksichtigung) aufzufassen.

Die Beschwerdeführerin übersieht, dass der psychiatrische Experte der ABI sich bei seiner Beurteilung an den Standardindikatoren orientierte und hierzu hinreichende Abklärungen traf (zur Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens bei leichten und mittelschweren depressiven Störungen vgl. zur Publikation vorgesehene Urteile 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7 und 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5). Auf den Umfang des Umschriebenen kommt es nicht an. Ein allfälliges "organisches Korrelat der komplexen körperlichen und psychischen Folgen des Infarkts" wurde, entgegen der Ansicht der Versicherten, gutachterlich abgeklärt (vgl. neurologische und neuropsychologische Untersuchungen in der ABI), konnte aber nicht objektiviert werden (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Nach einleuchtender ärztlicher Beurteilung ist von einer Aggravation auszugehen (vgl. E. 4.2.3 oben) und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens sind klar überschritten, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. Urteil 9C_154/2016 E. 4.3 mit Hinweis; oben E. 4.2.1 Abs. 2). Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit Leistungseinschränkungen auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhen (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287 mit Hinweisen).

E. 4.3

Nach dem Gesagten kann von einer offensichtlich unrichtigen Feststellung des massgeblichen Sachverhalts durch die Vorinstanz keine Rede sein. Auch inwiefern das kantonale Gericht Bundesrecht verletzt haben soll, indem es dem ABI-Gutachten Beweiswert zuerkannte, ist nicht ersichtlich. Im Übrigen wird der Einkommensvergleich nicht bestritten, weshalb es mit dem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % sein Bewenden hat. Die Beschwerde ist demnach unbegründet.

E. 5

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

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