

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/206 vom 28. Januar 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-01-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_206

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/206 du 28 janvier 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/206 del 28 gennaio 2020

Regeste

Art. 28 Abs. 1 IVG. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Januar 2020, IV 2017/206).

Volltext

Entscheid vom 28. Januar 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annina Janett
Geschäftsnr. IV 2017/206 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte, Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im März 2011 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie gab an, dass sie Mitte August 2010 an Brustkrebs erkrankt sei (IV-act. 9). Die B.____ GmbH hielt im Fragebogen für Arbeitgebende vom 6. April 2011 fest, die Versicherte sei seit dem 1. April 2008 als Maschinenbedienerin im 100% Pensum tätig gewesen (IV-act. 16). Am 10. Juni 2011 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für Brustprothesen vom 24. Mai 2011 bis zum 31. Mai 2021 (IV-act. 31; vgl. die Hilfsmittelanmeldung vom 1. Juni 2011, IV-act. 30). Am 29. Juni 2011 berichteten die Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), dass bei der Versicherten ein invasiv duktales Mammakarzinom sowie eine reaktive Angststörung mit Panikattacken bestünden (vgl. auch insb. IV-act. 32-2/5). Im September 2010 sei eine Ablatio mammae links und eine axilläre Lymphonodektomie links erfolgt. Der physische postoperative Verlauf sei regelrecht gewesen, jedoch habe sich bereits früh eine ausgeprägte Angststörung mit Panikattacken gezeigt. Die Versicherte führe eine adjuvante endokrine Therapie durch. Nach nun mehr ca. ¾-jährlicher adjuvanter Behandlung bestehe weiterhin eine reaktive Angststörung mit Panikattacken und einer sekundär entwickelten Depression. Die Versicherte sei durch das behandelte Mammakarzinom und die Operation in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit bezüglich der Armbewegung und der Kraft links teilweise limitiert. Zudem sei die hormonablatative Behandlung mit einer verminderten physischen Leistungsfähigkeit und einer psychischen Instabilität in der prämenopausalen Situation verbunden. Schliesslich kämen die wahrscheinlich sekundär entwickelte Angststörung und die Depression zum Tragen. Aus den genannten Faktoren ergebe sich derzeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 34). Dr. med. C.____, FHM Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 22. August 2011 fest, bei der Versicherten bestünden ein Status nach einer schwergradigen Depression, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1), eine sekundär entwickelte generalisierte Angststörung nach einer schweren körperlichen Erkrankung (ICD-10 F41.1) und ein Status nach einem invasiv duktalem Mammakarzinom links bei einer modifizierten

radikalen Mastektomie links und einer adjuvanten endokrinen Therapie ab September 2010. Eine adjuvante Chemotherapie sei wegen der Angststörung der Versicherten nicht durchführbar. Das psychische Beschwerdebild bestehe seit der Krebserkrankung. Die Versicherte sei seit dem 24. September 2010 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Aktuell könne keine zuversichtliche Beurteilung abgegeben werden (IV-act. 36). Am 16. November 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie ihr Beratung und Unterstützung beim Erhalt des derzeitigen Arbeitsplatzes gewähre (IV-act. 42). Am 16. März 2012 berichteten die Ärzte der Klinik D.____, bei der Versicherten bestehe mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit Herbst 2011 ein Zustand nach einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), gegenwärtig eine leichte bis mittelschwere Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.01/F32.11). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Krankheits- bzw. Krebsphobie (ICD-10 F40.2). Aufgrund der eingeschränkten psychokognitiven Funktionen sei die Versicherte zu mindestens 50% arbeitsunfähig. Eine Wiederaufnahme der Arbeit im Umfang von 50% sei ab sofort möglich (IV-act. 49). Mit einer Verfügung vom 17. September 2012 wies die IV-Stelle das Begehren der Versicherten um berufliche Massnahmen ab, da ihr Arbeitsvertrag auf ein 50%-Pensum angepasst worden und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der gesundheitlichen Situation derzeit nicht möglich sei (IV-act. 65). Am 29. November 2012 vereinbarte die Versicherte mit ihrer Arbeitgeberin eine befristete Erhöhung des Arbeitspensums von 50% auf 100% vom 1. Januar bis 30. Juni 2013 (IV-act. 94). Mit einem Vorbescheid vom 14. August 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie beabsichtige, ihr ab dem 1. September 2011 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, welche ab dem 1. Juli 2012 auf eine halbe Invalidenrente herabgesetzt und per 31. März 2013 eingestellt werde (IV-act. 85). Dagegen erhob die Versicherte am 18. September 2013 Einwand und beantragte, dass ihr über den 31. März 2013 hinaus Rentenleistungen zu erbringen seien, wobei spätestens ab dem 1. Juni 2013 wieder eine ganze Invalidenrente auszurichten sei (IV-act. 96-6). Sie legte ein Arztzeugnis ihres Hausarztes bei. Dieser hatte ihr am 4. September 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 14. Juni 2013 attestiert (IV-act. 96-8). Die Ärzte der Klinik D.____ berichteten am 16. Oktober 2013, dass der Gesundheitszustand der Versicherten stationär sei. Die Prognose sei offen. Die Versicherte werde durch die medizinischen Verlaufskontrollen immer wieder zusätzlich verunsichert, was in der Vergangenheit zu wiederholten Stimmungseinbrüchen geführt habe und in der Zukunft erneut dazu führen könnte. Dazu kämen die Probleme am Arbeitsplatz. Diese lösten bei ihr Panikattacken aus. Der Versicherten seien alle Tätigkeiten zu 50% (vier Stunden pro Tag) zumutbar (IV-act. 101). Am 12. November 2013 berichteten die Ärzte der Klinik D.____, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich seit dem letzten Bericht vom 16. März 2012 deutlich verschlechtert, seit Oktober 2013 jedoch wieder verbessert. Vom 30. September bis 27. Oktober 2013 sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig gewesen, ab 28. Oktober 2013 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 107). Ende 2013 wurde das Arbeitsverhältnis aufgelöst (IV-act. 108). Am 24. Februar 2014 berichteten die Ärzte der Klinik D.____, dass sich der psychische Zustand der Versicherten verschlechtert habe, was auf die reduzierte psychische Belastbarkeit nach der Krebserkrankung und auf die Akzentuierung der ängstlich-abhängigen Persönlichkeitszüge zurückzuführen sei. Gegenwärtig leide die Versicherte an einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11) sowie an einer Panikstörung (ICD-10 F41.0). Ihr könne eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (IV-act. 116). Der RAD notierte in

einer Stellungnahme vom 2. Mai 2014, dass ab 14. Juni bis zum 27. Oktober 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten vorgelegen habe. Die danach fachärztlich attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten sowie allen Verweistätigkeiten sei medizintheoretisch nachvollziehbar und es sei nicht anzunehmen, dass durch eine fachärztliche Begutachtung eine wesentliche andere Arbeitsfähigkeit resultieren würde (IV-act. 119). Am 14. Mai 2014 attestierte der Hausarzt der Versicherten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 121). Am 24. Juli 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten in einem neuen Vorbescheid die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0% in Aussicht. Zur Begründung führte sie an, dass seit April 2012 vorwiegend psychische Gründe für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlich gewesen seien. Bei der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode sei von der grundsätzlichen Fähigkeit zur einer Willensanstrengung auszugehen, die eine vollumfängliche Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung erlaube. Deshalb sei die Versicherte ab April 2012 in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig und es sei ihr zumutbar, mindestens ihr früheres Einkommen zu erzielen (IV-act. 125). Dagegen wandte die Versicherte am 25. September bzw. 6. November 2014 ein, dass sie am 31. August 2014 in einen Verkehrsunfall verwickelt worden und die daraus resultierenden Beschwerden ebenfalls zu berücksichtigen seien (IV-act. 126, 128). Die Versicherte reichte verschiedene Arztzeugnisse sowie einen Bericht des Brustzentrums St. Gallen vom 18. Oktober 2014 ein. Die Ärzte hatten festgehalten, dass aktuell klinisch und bildgebend keine Hinweise für ein Rezidiv oder ein kontralaterales Zweitkarzinom vorlägen. Die antidepressive Therapie sei gegebenenfalls aufgrund der aktuell persistierenden Suizidgedanken und Impulse weiter auszubauen. Bei einer weiteren Verschlimmerung der Symptome sei allenfalls eine psychiatrische Hospitalisation sinnvoll (IV-act. 128-6 ff.). Der behandelnde Psychiater Dr. med. E.____ attestierte der Versicherte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 18. bis 31. August 2014 (IV-act. 128-3). Am 14. Januar 2015 stellten die Ärzte der Rehaklinik Bellikon folgende Diagnosen: HWS-Distorsion QTF II sowie lumbosakrales Schmerzsyndrom (PW-Auffahrunfall mit Heckaufprall und Frontalkollision am 31. August 2014), invasiv duktales Mammakarzinom links (ED 09/2010, kein Hinweis auf ein Rezidiv 07/2014), mittelschwere bis schwere Depression, Angststörung, arterielle Hypertonie sowie Status nach Venenoperation Bein links ca. 2004. Die Ärzte empfahlen eine weiterführende psychiatrische Abklärung mit gegebenenfalls einen psychiatrischen Aufenthalt, da eine psychiatrisch orientierte Behandlung dringend notwendig sei. Bei der Interpretation der Symptomausweitung sei die psychiatrische Diagnose zu berücksichtigen (IV-act. 136). Am 28. April 2015 berichteten die Ärzte des Brustzentrums St. Gallen, dass keine Hinweise für ein Rezidiv oder ein kontralaterales Zweitkarzinom bestünden (IV-act. 139). Am 26. Mai 2015 wurde die Versicherte im Schmerzzentrum des KSSG untersucht. Die Ärzte stellten folgende Diagnose: Chronifiziertes Schmerzsyndrom, Chronifizierungsstadium III nach Gerbershagen mit/bei verschiedenen Kopfschmerzen, zervikospondylogene Schmerzen links, lumbosakrales Schmerzsyndrom, mittelschwere bis schwere Depression und Angststörung sowie invasiv duktales Mammakarzinom. Die Ärzte empfahlen eine Hospitalisation in der Psychiatrie F.____ (IV-act. 143). Am 22. Juni 2015 berichteten die Ärzte des Brustzentrums St. Gallen, dass das Mammakarzinom keine Auswirkung auf die berufliche Tätigkeit habe (IV-act. 146). In den Verlaufskontrollen konnten die Ärzte keine Hinweise auf ein Rezidiv feststellen (vgl. IV-act. 150, 156, 161). Am 9. Oktober 2015 berichtete Dr. med. G.____ der Psychiatrischen Klinik F.____, dass sich die Versicherte seit

dem 28. September 2015 in teilstationärer, tagesklinischer Behandlung befinde. Aufgrund der psychischen Erkrankung liege eine Arbeitsunfähigkeit von 70% vor und die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit erscheine als sinnvoll und notwendig (IV-act. 154). Im Bericht vom 24. Februar 2016 hielt Dr. G. ___ fest, bei der Versicherten bestünden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), eine rezidivierend depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F33.11), ein invasiv duktales Mammakarzinom sowie ein HWS Distorsionstrauma QTF Klassifikation II nach Autounfall und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Beine bei massiv degenerativen Veränderungen im LWS- und HWS-Bereich. Die Versicherte sei ab dem 21. September 2015 bis auf Weiteres zu 70% arbeitsunfähig. Die Prognose sei stark abhängig vom weiteren Behandlungsverlauf. Zurzeit werde eine tagesklinisch-teilstationäre Behandlung an fünf Tagen pro Woche durchgeführt. Zu empfehlen seien eine Fortsetzung des bestehenden Behandlungssettings mit den Zielen der Symptomreduktion und der Stabilisierung sowie bei einem positiven Verlauf die Wiedereingliederung (IV-act. 164). Am 24. März 2016 berichteten die Ärzte des Schmerzzentrums des KSSG, dass sich bezüglich der Schmerzsituation kein Behandlungserfolg objektivieren lasse (IV-act. 167). Dr. G. ___ wiederholte im Austrittsbericht vom 7. Juli 2016 die im Februar 2016 gestellten Diagnosen. Er hielt fest, dass bei der Versicherten posttraumatische Symptome im Sinne einer Hypervigilanz, eine massive Schlafstörung, eine Konzentrationsstörung, eine Störung der Affektkontrolle mit impulsiven Durchbrüchen sowie eine deutliche Angstsymptomatik und eine Depressivität begleitet von wechselnd stark ausgeprägten Schmerzen am Kopf, an der Schulter bzw. am Nacken und an der LWS bestünden; die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% (IV-act. 179). Nachdem der RAD bereits am 24. Mai 2016 eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten als notwendig erachtet hatte (IV-act. 175), wurde die Versicherte im September 2016 vom Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) Basel internistisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch und onkologisch untersucht. Die Sachverständigen hielten im Gutachten vom 18. Oktober 2016 fest, dass die Versicherte unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), leide und dass sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ausserdem ein Mammakarzinom links (ICD-10 C50.9), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Misch-Cephalaea mit chronischen Spannungskopfschmerzen, ein Verdacht auf Migräne ohne Aura und Kopfschmerzen bei Analgetika-Übergebrauch sowie ein fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1). Der internistische Gutachter hielt fest, er habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Der psychiatrische Gutachter berichtete, dass bei der Versicherte diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen, eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und Schuldgedanken mit einem verminderten Selbstwert vorlägen. Im Verlauf sei es auch zu Verschlechterungen mit Hospitalisationen gekommen. Diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung. Zudem bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit Schmerzen im Bewegungsapparat, die ausgeweitet und diffus seien, bei somatischen Korrelaten, aber auch bei emotionalen und psychosozialen Belastungsfaktoren. Es bestehe ein chronischer Verlauf, aber auch eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Die Prognose sei deshalb ungünstig. Die Diagnosen könnten sich gegenseitig negativ

beeinflussen. Bei der Arbeit komme es zu einer erhöhten Ermüdbarkeit, was einen vermehrten Pausenbedarf erfordere. Aus psychiatrischer Sicht sei die somatische Arbeitsfähigkeit realisierbar. Die Störung durch Benzodiazepine wirke sich zwar verschlechternd auf die Depression aus, könne aber nicht als zusätzlich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit angegeben werden. Die Versicherte leide nicht unter schweren Konzentrationsstörungen. Ihr könne auch jederzeit zugemutet werden, entsprechende Hilfe in Anspruch zu nehmen, um das Benzodiazepin schrittweise abzusetzen. Die Versicherte sei in allen ihren Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten zu 80% arbeitsfähig, realisierbar auch ganztags mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Während der erfolgten Hospitalisationen könne auch eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nachvollzogen werden. Von der aktuell attestierten Arbeitsfähigkeit könne seit 2011 ausgegangen werden, da seitdem in den Akten psychiatrische Befunde aufgeführt worden seien. Die Selbsteinschätzung der Versicherten, gar nicht mehr arbeiten zu können, könne mit den objektiv erhebbaren psychiatrischen Befunden nicht begründet werden (IV-act. 183-13 ff.). Der orthopädische Sachverständige hielt fest, dass das Gangbild auf der Treppe und auf einem ebenen Terrain unauffällig gewesen, wobei die Durchführung der Gangarten verweigert worden sei. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule sei die Versicherte weitgehend erstarrt, sodass thorakolumbal praktisch keine Auslenkung erfolgt sei. Auch zervikal habe eine massive Einschränkung bestanden, wobei unter Ablenkung eine zügige und offenbar schmerzfreie Kopffrotation bis in die Endposition möglich gewesen sei. An den oberen und unteren Extremitäten habe gleichfalls eine uneingeschränkte Beweglichkeit mit Ausnahme von Schultermanövern oberhalb der Horizontalen vorgelegen. Die Versicherte habe bei der Untersuchung immer wieder ein deutliches Schmerzgebaren entwickelt. Auffallend seien auch die sehr diffus und bezüglich der Lokalisation und Intensität nicht reproduzierbaren Druckdolenzen am Stamm und an den Extremitäten gewesen. Fünf von fünf Waddell-Zeichen seien als Nachweis einer erheblichen nicht-organischen Beschwerdekompone positiv gewesen. Auf radiologischer Ebene seien deutlich degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule und eine mässige Spondylarthrose LWK4/5 objektiviert. Zusammenfassend liessen sich die äusserst diffus beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls klar begründen. Die gesamte, äusserst widersprüchliche anamnestiche und klinische Präsentation lasse eindeutig an eine im Vordergrund stehende, nicht organische Beschwerdekompone denken. Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wogegen körperlich andauernd schwere Tätigkeiten über 25kg aufgrund der verminderten Belastbarkeit insbesondere des oberen Achsenskeletts für die Versicherte ungeeignet seien (IV-act. 183-21 ff.). Der neurologische Gutachter berichtete, die chronischen Nacken- und Kopfschmerzen sowie die panvertebralen Schmerzen würden am ehesten zu einem chronischen Spannungskopfschmerz passen. Zusätzlich sei es möglich, dass es bei den gelegentlich auftretenden Schmerzexazerbationen zu einer Migräne ohne Aura komme. Im Weiteren sei der chronische Analgetika-Gebrauch sicher ungünstig. Für eine radikuläre Schmerzsymptomatik ergäben sich keine Anhaltspunkte. Die klinische Untersuchung sei aufgrund der eingeschränkten Kooperationsfähigkeit mit einem demonstrativen Verhalten (Stöhnen, Schwanken, Augen schliessen) erschwert gewesen. Objektivierbare Befunde, die für eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallssymptomatik sprechen würden, hätten sich jedoch nicht gefunden. Die Versicherte habe während der fokussierten Untersuchung hochgradige Einschränkungen gezeigt, die

sich bei unauffälliger Beobachtung nicht hätten reproduzieren lassen. Aus neurologischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Unter Berücksichtigung des demonstrativen Verhaltens während der Untersuchung müsse davon ausgegangen werden, dass nicht auf die anamnестischen Angaben hinsichtlich der Kopfschmerzintensität abgestellt werden könne. Vielmehr dürfte es sich um eine Überlagerung bedingt durch die psychischen Störungen handeln (IV-act. 183-25 ff.). Der onkologische Sachverständige hielt fest, dass sich die Versicherte in kompletter Remission befinde, sodass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Von September 2010 bis April 2011 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-act. 183-29 f., 183-32). Die Gutachter hielten zusammenfassend fest, dass aus somatischer Sicht eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv beklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden bestehe. Die Schmerzschilderung sei diffus gewesen. Einzig die psychiatrischerseits gestellte, aktuell leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung führe zu einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich, welche sich aber nach Prüfung der Indikatoren und der Inkonsistenzprüfung nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Versicherten sämtliche körperlich schweren Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Hingegen bestehe für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung ohne häufig wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 25kg und ohne den repetitiven Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit einem leicht erhöhten Pausenbedarf und einem leicht reduzierten Rendement. Aufgrund der Notwendigkeit der Behandlung des Mammakarzinoms habe von September 2010 bis April 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach seien der Versicherten aus somatischer Sicht sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar gewesen. Die Angaben zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht könnten spätestens ab dem Gutachtenzeitpunkt mit Sicherheit gelten. Retrospektiv könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab April 2011 angenommen werden. Berufliche Massnahmen seien angesichts der fixierten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung nicht sinnvoll (IV-act. 183-30 ff.). Am 23. November 2016 notierte der RAD, dass auf das Gutachten abgestellt werden könne. Die Versicherte sei in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ab April 2011 und bis auf Weiteres zu 80% arbeitsfähig (IV-act. 184). Gestützt darauf stellte die IV-Stelle der Versicherten am 5. Januar 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 16% in Aussicht (IV-act. 189). Dagegen wandte die Versicherte am 6. Februar bzw. 8. März 2017 ein, dass ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen und eventualiter weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen seien. Zur Begründung führte sie an, dass sich der psychiatrische Gutachter zu wenig mit ihrer Vorgeschichte auseinandergesetzt habe. Die Versicherte reichte zudem weitere Berichte der Psychiatrischen Klinik F. ___ ein (IV-act. 190, 192). In seiner Stellungnahme vom 26. Januar 2017 hatte Dr. G. ___ ausgeführt, dass bei der Versicherten eine schwere psychische (posttraumatische) Störung und damit eine schwere Erkrankung vorliege und dass alle bisherigen Behandlungsbemühungen und Versuche einer Arbeitswiederaufnahme keinerlei bleibenden Erfolg gebracht hätten (IV-act. 190-8 ff.). Im Verlaufsbericht vom 3. März 2017 hatte die behandelnde Psychotherapeutin

festgehalten, dass die Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), an einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie an einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) leide und die Prognose bezüglich einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt als sehr ungünstig erscheine. Anzustreben sei eine Stabilisierung der Symptome, sodass die Versicherte eine ihren Fähigkeiten entsprechende und ihren psychischen Erkrankungen angepasste Tätigkeit ausüben könne (IV-act. 192-3 ff.). Am 29. März 2017 hielt der psychiatrische ABI-Gutachter auf Rückfrage (vgl. IV-act. 193 f.) der IV-Stelle fest, er erachte es als nicht nachvollziehbar und wenig wahrscheinlich, dass aktuell eine schwere depressive Episode vorliege, weil damit Aktivitäten und Tätigkeiten nicht mehr möglich wären und eine ambulante Behandlung kaum durchgeführt werden könnte. Eine Verstärkung der Therapieresistenz im Verlauf des Januars 2017 sei nicht begründet worden und in den Berichten der Psychiatrischen Klinik F. ___ sei keine Auseinandersetzung mit der subjektiven Selbsteinschätzung und den objektiven Befunden erfolgt. Am Gutachten könne weiterhin festgehalten werden (IV-act. 195). Gestützt auf die Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters verfügte die IV-Stelle am 28. April 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 16% (IV-act. 197). Dagegen erhob die Versicherte am 29. Mai 2017 Beschwerde. Sie stellte den Antrag, ihr eine ganze Invalidenrente auszurichten; eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten (psychiatrisch, orthopädisch, internistisch, neurologisch und onkologisch) in die Wege zu leiten und anschliessend über den Invaliditätsgrad neu zu bestimmen. Sie machte im Wesentlichen geltend, dass das Gutachten nicht nachvollziehbar und teilweise aktenwidrig sei und sich mit den Vorakten nur ungenügend befasst habe. Dr. G. ___ habe eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, was nachvollziehbar sei. Ausserdem habe die behandelnde Psychologin bestätigt, dass die Prognose sehr ungünstig sei. Nicht nachvollziehbar sei zudem, dass die 80%ige Arbeitsfähigkeit rückwirkend seit 2011 Gültigkeit haben solle (act. G 1). Die Beschwerdeführerin reichte zudem ein Schreiben der Psychiatrischen Klinik F. ___ vom 5. Mai 2017 ein, wonach die Versicherte am 17. Mai 2017 erneut einen Termin im Ambulatorium habe (act. G 1.2). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 4. September 2017 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass das ABI-Gutachten den vom Bundesgericht aufgeführten Anforderungen genüge, sodass darauf abgestellt werden könne. Die Berichte der behandelnden Ärzte seien von den Gutachtern gewürdigt worden. Die Gutachter hätten sich ausreichend mit den vorhandenen Akten sowie mit den Angaben der Behandler auseinandergesetzt. Bezüglich der rückwirkenden Beurteilung sei anzumerken, dass man sich im damaligen Vorbescheid auf die Angaben der Behandler gestützt habe und dass selbst der damalige Behandler Dr. E. ___ von einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode ausgegangen sei. Allerdings habe Dr. E. ___ die Arbeitsfähigkeit tiefer eingeschätzt, was im Ermessen eines Behandlers stehe (act. G 4). In ihrer Replik vom 6. Oktober 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Standpunkten fest und verwies zur Begründung im Wesentlichen auf das bereits in der Beschwerde Dargelegte (act. G 6). Sie reichte zudem einen Bericht der Psychiatrie F. ___ vom 24. Juli 2017 ein. Gemäss diesem Austrittsbericht war die Beschwerdeführerin vom 19. September 2016 bis zum 26. Juni 2017 in psychotherapeutischer Behandlung. Die Ärzte hatten festgehalten, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestehe. Die Therapie habe sich aufgrund des sehr schlechten Zustandsbilds und der Fremdsprachigkeit als sehr schwierig gestaltet. Die Beschwerdeführerin habe nicht vermocht, sich auf eine dringend indizierte engmaschige

Therapie einzulassen. Im Laufe des Januars sei es zu einer deutlichen Zustandsverschlechterung gekommen. Die Beschwerdeführerin habe einen stationären Aufenthalt aber vehement abgelehnt. Im Mai 2017 habe sich die Beschwerdeführerin wieder dazu motivieren können, drei halbe Tage das Atelier zu besuchen. Anfang Juni 2017 sei es erneut zu einer Zustandsverschlechterung gekommen. Insgesamt hätten die schwere depressive Angst und die Schmerzproblematik zusammen mit einem ausgeprägten Hadern mit dem Schicksal und den Verständigungsschwierigkeiten auch nur kleinste Fortschritte verhindert (act. G 6.1). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 8). Erwägungen Mit Verfügung vom 28. April 2017 hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 16% verneint. Streitig und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Einen Rentenanspruch haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 des IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Um das Invalideneinkommen zu bestimmen und damit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt feststehen. Zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin beim ABI ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt (IV-act. 183). Dieses beruht auf fachärztlichen, internistischen, psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen, und onkologischen Untersuchungen und ist in Kenntnis der medizinischen Vorakten (vgl. S. 4-7 des Gutachtens) erstellt worden. Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin haben sich die Gutachter mit der Leidensgeschichte der Beschwerdeführerin befasst (vgl. IV-act. 183-13 ff.; vgl. u.a. auch IV-act. 183-3 f., 183-8 ff.). Sie haben sich im Weiteren umfassend mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und detaillierte objektive Befunde erhoben. Insgesamt zeugen die Darlegung der objektiven Befundlage, die Erhebung von fachspezifischen Anamnesen und der Einbezug der subjektiven Beschwerden von einer hinreichenden somatischen und psychiatrischen Abklärung. Die beteiligten Sachverständigen haben ihre Diagnosen begründet und sowohl in ihren jeweiligen Fachgebieten als auch interdisziplinär nachvollziehbare Arbeitsfähigkeitsschätzungen abgegeben. Insbesondere ist der neurologische Gutachter hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin geklagten Kopfschmerzen zum nachvollziehbaren Schluss gekommen, dass unter Berücksichtigung

des demonstrativen Verhaltens während der Untersuchung nicht ohne Weiteres auf die anamnestischen Angaben abgestellt werden könne. Er hat plausibel dargelegt, dass aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten (IV-act. 183-28, 183-32). Auch in internistischer und onkologischer Hinsicht haben die Sachverständigen keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. IV-act. 183-12 f., 183-30, 183-32). Weiter hat der orthopädische Gutachter überzeugend begründet, dass der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht zwar aufgrund der an der Wirbelsäule dokumentierten Veränderungen und der verminderten Belastbarkeit des oberen Achsenskelettes körperlich schwere Tätigkeiten nicht zumutbar seien, sie jedoch in körperlich leichten und mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten uneingeschränkt arbeitsfähig sei. Auch der orthopädische Sachverständige hat dabei auf die erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Schmerzschilderungen und den objektivierbaren Untersuchungsbefunden hingewiesen (IV-act. 183-24, 183-32). Wie die Sachverständigen nachvollziehbar erörtert haben, steht bei der Beschwerdeführerin die psychische Beschwerdeproblematik im Vordergrund. Der psychiatrische Gutachter ist ebenfalls zum Schluss gekommen, dass bei der Beschwerdeführerin eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung bestehe. Des Weiteren könne der schädliche Benzodiazepingebrauch die affektive Symptomatik verschlechtern. Weiter hat der Gutachter plausibel dargelegt, gegen das Vorliegen der geklagten, starken Konzentrationsstörungen spreche insbesondere, dass die Beschwerdeführerin selbständig Auto fahre. Zudem könne die Beschwerdeführerin Ferienreisen unternehmen und stundenlange Autofahrten aushalten (vgl. IV-act. 183-16 ff.). Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin hat der Gutachter angeführt, dass beim Vorliegen einer schweren depressiven Episode solche Aktivitäten und Tätigkeiten nicht mehr möglich wären und eine ambulante Behandlung kaum durchgeführt werden könnte (IV-act. 195). Zusammenfassend hat der psychiatrische Gutachter in Darlegung der medizinischen Zusammenhänge schlüssig begründet, dass die bei der Beschwerdeführerin bestehende leichte depressive Störung (ICD-10 F33.0) lediglich eine 20%ige Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit im Sinne eines vermehrten Pausenbedarfs bewirke. In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Gutachter bei seiner Beurteilung objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt hätte. Hinsichtlich des umstrittenen Beweiswertes des psychiatrischen Gutachtens fällt zudem ins Gewicht, dass sich der psychiatrische Sachverständige mit dem vom Bundesgericht erstellten Katalog der Standardindikatoren bei psychischen Erkrankungen gemäss BGE 143 V 49 und 418 auseinandergesetzt und die verschiedenen Fragen umfassend beantwortet hat (IV-act. 183-17 ff.). Der Vollständigkeit halber ist jedoch darauf hinzuweisen, dass auch ein medizinisches Gutachten, das noch nach alter Praxis des Bundesgerichts eingeholt worden ist, nicht per se seinen Beweiswert verlöre. Ein nach alter Praxis des Bundesgerichts erstattetes Gutachten würde damit nicht zwangsläufig zu einer neuen Begutachtung oder anderen abklärungsrechtlichen Weiterungen führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Mai 2017, 8C_842/2016, E. 5.2.1 mit Hinweisen). Entscheidend ist hierbei lediglich, ob die Ausführungen der Gutachter genügen, um die Kriterien gemäss dem bundesgerichtlichen Katalog als erfüllt zu erachten. Die einleuchtenden Schlussfolgerungen des psychiatrischen ABI-Gutachters sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin durch die Beurteilungen der behandelnden Ärzte nicht in Frage zu stellen. Der Gutachter hat sich mit der Beurteilung von Dr. G.____ auseinandergesetzt und seine davon abweichende Auffassung hinsichtlich der Schwere der depressiven Störung und der damit einhergehenden Leistungsfähigkeit schlüssig begründet.

Er hat insbesondere plausibel dargelegt, dass die vordiagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 ein wiederholtes Auftreten traumatischer Erinnerungen und ein deutlich schweres, traumatisches Ereignis, wie z.B. das Erleben von Folter oder eines sonstigen schweren Verbrechens oder eines schweren Katastrophenereignisses, erfordern würde (IV-act. 183-16, 195). Anzumerken bleibt, dass der Gutachter zwar nicht explizit zum Bericht vom 7. Juli 2016 Stellung genommen hat (vgl. act. G 6 S. 1); er hat sich jedoch ausführlich mit den (mit den Vorberichten übereinstimmenden) Diagnosen und Beurteilungen von Dr. G.____ auseinandergesetzt. Insgesamt ergeben sich aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten medizinischen Einschätzungen – und insbesondere auch aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der Psychiatrie F.____ vom 24. Juli 2017 (act. G 6.1) – keine neuen Aspekte, die im genannten Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Dabei gilt es zu beachten, dass die behandelnden und die begutachtenden psychiatrischen Fachärzte aufgrund der unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag nicht selten zu abweichenden Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und der sich daraus ergebenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelangen. Vorliegend haben die Gutachter mehrmals auf die erhebliche Diskrepanz zwischen der anamnestischen Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin und den objektivierbaren Untersuchungsbefunden hingewiesen (vgl. E. 2.3). Im Gegensatz dazu enthalten die Berichte der behandelnden Ärzte keine Hinweise darauf, dass eine Auseinandersetzung mit der gutachterlich festgestellten Diskrepanz erfolgt oder eine Aggravation in Betracht gezogen worden wäre. Tatsächlich entsteht der Eindruck, dass sich die Behandler bei ihrer Beurteilung im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt haben. Dieser Eindruck wird dadurch verstärkt, dass die behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin durchgehend eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert haben, ohne sich damit auseinanderzusetzen, dass die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich faktisch wieder zu 100% erwerbsfähig gewesen ist (vgl. IV-act. 94). Aufgrund der fehlenden Objektivität vermögen die Beurteilungen der Behandler die überzeugende gutachterliche Einschätzung folglich nicht zu erschüttern. Zusammenfassend steht gestützt das überzeugende ABI-Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin seit April 2011 in leichten und mittelschweren Tätigkeiten zu 80% arbeitsfähig ist. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin vor April 2011 haben die Gutachter plausibel dargelegt, dass während der Hospitalisationen punktuell eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nachvollzogen werden könne, eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aber retrospektiv nicht konklusiv möglich sei (IV-act. 183-16, 183-32). Hinsichtlich der Frage, ob und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin vor dem April 2011 arbeitsunfähig gewesen ist, fehlt es an echtzeitlichen, überzeugenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte, denn deren Beweiswert ist ja gerade durch die Aggravationstendenzen der Beschwerdeführerin bzw. der fehlenden Auseinandersetzung der Behandler mit ebendiesen sehr gering (vgl. vorstehende E. 2.4). Damit liegt bezüglich einer früheren Arbeitsunfähigkeit und einem möglicherweise damit einhergehenden, befristeten Rentenanspruch eine objektive Beweislosigkeit vor, deren Nachteil die Beschwerdeführerin zu tragen hat (Art. 8 ZGB). Rückwirkende Ermittlungen sind in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157, E. 1d) als aussichtslos zu erachten. Zusammenfassend ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit dem möglichen Rentenbeginn im September 2011 bis zum Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung in einer

leidensangepassten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig gewesen ist. Die Beschwerdeführerin hat zwar gemäss ihren Angaben in ihrem Heimatland eine Ausbildung zur Kinderkrankenschwester absolviert, ist aber seit Jahren als Maschinenbedienerin und damit als Hilfsarbeiterin tätig gewesen. Dabei ist davon auszugehen, dass sie bei fiktiv erhaltener Gesundheit weiterhin eine solche durchschnittlich entlohnte Hilfsarbeitertätigkeit ausgeführt hätte. Der Beschwerdeführerin kann die Verrichtung einer adaptierten Hilfsarbeit ohne Weiteres zugemutet werden. Da somit sowohl hinsichtlich des (hypothetischen) Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Tätigkeitsbereich zugrunde gelegt werden kann (Hilfsarbeitertätigkeiten), ist für das Valideneinkommen und für den Ausgangspunkt zur Bestimmung des Invalideneinkommens vom selben Wert auszugehen. Sind die beiden Einkommen ausgehend vom selben Lohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung und es rechtfertigt sich ein sog. Prozentvergleich. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn. Ein solcher Tabellenlohnabzug ist vorliegend nicht zu berücksichtigen, denn es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin in einer ideal angepassten Tätigkeit betriebswirtschaftlich-ökonomisch überdurchschnittliche indirekte Lohnnebenkosten verursachen würde und deshalb nur einen unterdurchschnittlichen Lohn erhielt. Damit entspricht das zumutbarerweise erzielbare Invalideneinkommen dem Valideneinkommen, womit sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20% ergibt. Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die angefochtene Verfügung erweist sich deshalb im Ergebnis als rechtmässig. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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