

# **FR\_GERICHTE 605 2012 451 vom 12. Januar 2015**

FR Kantonsgericht, 2015-01-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2012\\_451](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2012_451)

FR: FR\_GERICHTE 605 2012 451 du 12 janvier 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2012 451 del 12 gennaio 2015

## **Regeste**

Entscheid des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts |  
Invalidenversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde vom 27. November 2012 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 25. Oktober 2012 ist durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob er Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 2**

a) Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat allerdings den bisher geltenden Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 Erw. 7.3). b) Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus. Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im

Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (Förster-Kriterien). Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeu-

Kantonsgericht KG Seite 4 von 10 tischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (U. MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in R. Schaffhauser/F. Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77). Be- ruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regel- mässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (vgl. BGE 132 V 65 Erw. 4.2 sowie BGE 131 V 49 mit Hinweisen). Mittelgradige depressive Episoden stellen grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszu- ständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesund- heitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts [nachfolgend: BGer] 9C\_605/2012 vom 23. Januar 2013 Erw. 3.3 mit Hinweisen). Ferner sind leichte bis höchstens mittelschwere psychische Stö- rungen depressiver Natur in der Regel therapeutisch angebar (Urteil des BGer 9C\_736/2011 vom

## **E. 7**

Februar 2012 Erw. 4.2.2.1 mit Hinweisen). Psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren sind für sich allein keine Gesundheitsbeein- trächtigungen, welche zu einer Erwerbsunfähigkeit nach Art. 4 IVG führen. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beein- trächtigt. Psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Weg- fall der Belastungsfaktoren wieder verschwinden, vermögen deshalb keinen Rentenanspruch zu begründen. Je stärker solche Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwer- debild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine davon zu unterscheidende fachärztlich fest- gestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Psychosoziale und soziokulturel- le Faktoren können sich nur dann und soweit – mittelbar – invaliditätsbegründend auswirken, als sie einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unab- hängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern (Urteil des BGer 9C\_272/2009 vom 16. September 2009 Erw. 5.2 mit Hinweisen; BGE 129 V 294 Erw. 5a). c) Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem

Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, d. h. arbeitsunfähig ist (BGE 130 V 97 Erw. 3.3.2, 115 V 133 Erw. 2, 107 V 17 Erw. 2b, 105 V 156 Erw. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird nach dem Mass bestimmt, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 Erw. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat der Versicherte andere ihm offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 403 Erw. 2 mit Hinweisen). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 17 Erw. 2b; P. OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Diss. Freiburg 1995, S. 201). Dabei ist nicht auf das subjektive Empfinden des Versicherten abzustellen, hätte es doch dieser ansonsten in der Hand, seinen Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen.

Kantonsgericht KG Seite 5 von 10 d) Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3cc mit Hinweisen). Zudem ist es nicht Sache der behandelnden Ärzte, die Arbeitsfähigkeit ihrer Patienten zu beurteilen; deren Begutachtung muss vielmehr in unklaren oder umstrittenen Fällen Sache der dafür bestellten medizinischen Administrativexperten, Versicherungsärzte oder gerichtlichen Sachverständigen sein (Urteil des BGer 9C\_656/2009 vom 5. November 2009 Erw. 3 mit Hinweisen). Auch muss ein Gutachten nicht allein deshalb neu gemacht werden, weil einer oder mehrere behandelnde Ärzte anderer Meinung als die Experten sind, ausser erstere stützen sich für die Darstellung ihrer Sichtweise auf wichtige objektive Elemente ab, welche von den Experten nicht berücksichtigt worden sind (Urteil des BGer 8C\_184/2007 vom 19. Juni 2008 Erw. 3). 3. Vorliegend ist streitig, ob ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht. Der Beschwerdeführer bringt vor, die IV-Stelle habe seine tatsächlichen körperlichen und psychischen Beschwerden nicht richtig gewürdigt. Zudem stehe das psychiatrische Gutachten im Widerspruch zu den Berichten seines behandelnden Psychiaters, welcher selber Gutachter bei einer Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) sei. Ferner könne die Invalidität nicht mit dem Argument verneint werden, der

Gesundheitsschaden werde allein durch invaliditätsfremde Gründe verursacht. Er leide unter anderem an Depressionen. Auch sei es unbedeutend, aus welchen Gründen die psychischen Beschwerden vorhanden seien. Für die IV-Stelle sind beide Gutachten beweiskräftig, was auch der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (nachfolgend: RAD) bestätigt habe. Dennoch sei hier zu Recht von ihnen abgewichen worden, da der psychiatrische Gutachter von einer anhaltenden somato- formen Schmerzstörung spreche, welche grundsätzlich nicht als invalidisierend gelte. Als Vorbemerkung ist festzuhalten, dass – im Gegensatz zur Ansicht des Beschwerdeführers – die beiden Gutachten, welche gemäss interdisziplinärer Beurteilung vom 10. Februar 2012 (IV-Akten, S. 294 f.) von einer aus rein psychischen Gründen um 15% reduzierten Leistungsfähigkeit ausgehen, die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen erfüllen: sie sind umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die beklagten Beschwerden, wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und ihre Beurteilung ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar, wie es nachfolgend aufgezeigt werden wird. a) Das rheumatologische Gutachten vom 4. Februar 2012 (IV-Akten, S. 278 ff.) fasst die relevanten Unterlagen korrekt zusammen. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Kantonsgericht KG Seite 6 von 10 werden einzig die im psychiatrischen Gutachter festgehaltenen, auf die später eingegangen wird, genannt, aber keine rheumatologischen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind demgegenüber das vorhandene chronische generalisierte Schmerzsyndrom (nicht ausreichend somatisch abstützbare, primär Fibromyalgie, Panalgie, Polyarthralgien, diffuse Druckschmerzangabe, multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, usw.), ein lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung, diffuse idiopathische skelettale Hyperostose, Übergewicht, arterielle Hypertonie, Diabetes. Die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik des Beschwerdeführers könne nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden. Zudem sei der Beschwerdeverlauf auch retrospektiv betrachtet nicht nachvollziehbar. Sämtliche Gelenke seien anlässlich der Untersuchung aktiv und passiv geprüft, beidseits frei bewegt worden. Die im MRI von September 2010 (IV-Akten, S. 209) ersichtlichen Spondylarthrosen seien derart diskret, dass sie aktuell konventionell-radiologisch nicht zur Darstellung gelangten. Die Arbeitsfähigkeit sei auch für die bisherige Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht nicht eingeschränkt. Diese Ansicht überzeugt. Bereits vorher wurde trotz umfangreichen Abklärungen eine eigentliche Erklärung für die geltend gemachten Beschwerden nicht gefunden. So hielt zwar Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie, am 17. Oktober 2010 (IV-Akten, S. 159 f.) gestützt auf das vorerwähnte MRI vom September 2010 anhaltende, nicht claudicative, teils blockierende Lumbalgien unter axialer Belastung bei hypertropher Spondylarthrose L4/5 beidseits mit rezessaler Stenose L5 links fest, erklärte aber gleichzeitig, es beständen keine neurokompressiven Läsionen und der Spinalkanal sei normal weit. Dafür lägen muskuläre Insuffizienzen, Dysbalancen und Verkürzungen vor. Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, bei welchem der Beschwerdeführer während drei Monaten in Behandlung war, bescheinigte ihm am 16. März 2011 (IV-Akten, S. 161) eine ausgeprägte Attestbegehrlichkeit wegen klinisch kaum bzw. nicht objektivierbaren Rückenschmerzen sowie einer Schmerzzentriertheit bzw. –überbewertung. Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Deutschland) stellte am 27. Mai 2011 (IV-Akten, S. 516 f.) eine Schmerzausdehnung fest und nannte neben der bekannten LWS-Problematik

ein chronisches lokales zervikales Schmerzsyndrom, intermittierende BWS-Schmerzen, sowie Schmerzen beider Schulter-, Ellbogen-, Hüft- und Kniegelenke. Er überwies den Beschwerdeführer an Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie. Dieser diagnostizierte neben dem bekannten Lumbovertebral- und Zervikalsyndrom am 22. August 2011 (IV-Akten, S. 274 f.) Polyarthralgien unklarer Aetiologie sowie eine depressive Entwicklung und erwähnte eine erhebliche psychosoziale Belastung wegen der Trennung von der Ehefrau, den Sorgen um die Kinder, sowie einer seit 8 Monaten bestehenden Arbeitslosigkeit. Am 7. September 2011 (IV-Akten, S. 276 f.), erklärte derselbe, er fände keine rheumatologische Erklärung für die Beschwerden und wies nochmals auf die erhebliche psychosoziale Belastung hin. Nach dem rheumatologischen Gutachten wurde der Beschwerdeführer eingehend durch das K. \_\_\_\_\_ untersucht, wobei eine interdisziplinäre rheumatologische und psychosomatische Beurteilung vorgenommen und auch der Frage nachgegangen wurde, ob er, wie seine Tochter, an einer myotonen Muskeldystrophie Typ 1 leide. Am 2. Mai 2012 (IV-Akten, S. 475 f.) wurde vermutet, er sei allenfalls asymptomatischer Träger. Nachdem auch aus neurologischer Sicht kein Hinweis auf diese Krankheit bestand, wurde auf weitere Abklärungen verzichtet (IV-Akten, S. 433). Im Bericht an die IV-Stelle vom 22. Juli 2012 (IV-Akten, S. 386 ff.) werden als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit das bereits vom rheumatologischen Gutachter festgehaltene Schmerzsyndrom sowie diverse psychiatrische Diagnosen, auf welche später eingegangen wird, festgehalten. Eine entzündliche Komponente der beschriebenen Polyarthralgien könne weitgehend ausgeschlossen werden. Auch bestehe weder eine sichere neurologische Ausfallsymptomatik

Kantonsgericht KG Seite 7 von 10 noch eine verifizierbare Claudicatio. Dafür erfolgte ebenfalls der Hinweis auf eine schwierige psychosoziale Situation. Die klinische Untersuchung ergab ein flüssiges Gangbild, einen problemlosen Einbein-, Zehenspitzen- und Fersengang beidseits sowie eine freie Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule sowie der Schultern, Knie, Ellbogen und Hüften. Auch fanden sich keine sensomotorische Defizite. Es wurde einzig eine Klopfdolenz sowie ein geringgradiger paravertebraler Muskelhartspann im Bereich der gesamten Wirbelsäule festgehalten. Die Arbeitsfähigkeit sei zwar nie beurteilt worden, dennoch seien schwere Arbeiten als nicht mehr möglich zu betrachten. Damit konnten auch die übrigen involvierten Rheumatologen keine Erklärung für die als Rückenschmerzen begonnenen und sich zu einem generalisierten Schmerzsyndrom entwickelten somatischen Beschwerden finden. Zudem bestätigen die Ergebnisse der klinischen Untersuchung des K. \_\_\_\_\_ grösstenteils diejenigen des rheumatologischen Gutachters. Der Unterschied zwischen ihm und den Ärzten des K. \_\_\_\_\_ besteht darin, dass letztere von einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, wenn auch nur für schwere Arbeiten, ausgehen. Nicht überzeugen können demgegenüber die Berichte der beiden Hausärzte. So nennt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, am 17. April 2011 (IV-Akten, S. 213 ff.) namentlich das damals noch vorherrschende LWS-Syndrom sowie eine Depression und geht von einer reduzierten Belastbarkeit sowie einer Leistungsminderung und deshalb von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit aus, ohne dies aber zu begründen. Interessanterweise gibt er aber in einem Bericht vom Mai 2011 (IV-Akten, S. 245) zu Handen des Krankentaggeldversicherers wieder, es sei nicht auszuschliessen, dass auch nicht-medizinische Gründe eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Ab dem 29. März 2012 war der Beschwerdeführer bei Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, in Behandlung, welcher neue MRI-Untersuchungen

veranlasste. Gemäss dem MRI LWS vom 8. August 2012 (IV-Akten, S. 441) bestand eine leichtgradige Osteochondrose L2-S1 mit flachen dorso-medianen Diskushernien L2- S1 ohne Neurokompression sowie die bekannte Spondylarthrose, nun mit leichtgradiger Einengung des Spinalkanals und möglicher Reizung der L5-Wurzel. Das MRI HWS vom 13. August 2012 (IV-Akten, S. 492) nennt eine leichtgradige Osteochondrose ohne neurokompressiv wirkenden Diskushernien, eine aktivierte Spondylarthrose C2/3 und im Übrigen eine leichtgradige Spondylarthrose. Diese Befunde erklären gemäss Dr. med. M.\_\_\_\_\_ die Befunde des Beschwerdeführers und er erachtet ihn am 27. August 2012 (IV-Akten, S. 493 ff.) als nicht arbeitsfähig. Allenfalls könne eine Stunde Beschäftigung pro Tag versucht werden. Sein Bericht ist in dem Sinne widersprüchlich, als er ebenfalls wiedergibt, der Allgemeinzustand sei aufgrund der Schmerzen nur leicht reduziert. Zudem ergibt sich aus den neuen MRI-Untersuchungen nicht eine massive Verschlechterung. So liegt immer noch keine gesicherten Neurokompressionen vor und es wird jeweils nur von leichtgradigen Osteochondrosen gesprochen. Ferner gibt auch er schwere soziale und familiäre Probleme an und erwähnt, der Beschwerdeführer sehe sich als schwer krank an und identifiziere sich mit den Krankheiten. Er werde wahrscheinlich den Rest seines Lebens mit Arztsuche und –besuchen verbringen. Indem die körperlichen Schmerzen in ihrem Ausmass nicht nachvollziehbar sind und gemäss dem überzeugenden rheumatologischen Gutachten eine vollständige Arbeitsfähigkeit aus rein rheumatologischer Sicht besteht und zudem mehrmals der Hinweis auf grosse psychosoziale Probleme gemacht wird, ist davon auszugehen, dass die Problematik vorliegend auf psychischer Seite liegt, welche nachfolgend behandelt werden wird. b) Gemäss dem psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2012 (IV-Akten, S. 302 ff.) ist der Beschwerdeführer mit familiären und sozialen Problemen beschäftigt, ist auf die Schmerzen fixiert, äussert hypochondrische Befürchtungen und zeigt eine Schmerzausdehnung. Als Diagnosen

Kantonsgericht KG Seite 8 von 10 werden eine depressive Reaktion in Übergang zu leichter bis mittelgradiger depressiver Episode (F42.21/F32.0/F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) genannt. Gegen eine schwere depressive Episode spreche die nicht vorhandene Suizidalität. Zudem zeigten sich auch Anteile einer gewissen Störung der Impulskontrolle. Es gäbe auch Hinweise zur Entstehung einer psychosomatischen Überlagerung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Auffallend sei, dass akute Lebensprobleme zu einer grotesken Verstärkung der Schmerzen führe. Hinsichtlich dieser Störung bejahte der psychiatrische Gutachter zwei der Förster-Kriterien. So liege eine leicht bis mittelgradig ausgeprägte psychische Komorbidität sowie eine Chronifizierung der Schmerzproblematik vor. Da diese beiden Kriterien aber nicht sehr ausgeprägt seien, ging er von einer maximalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 15% aus. Dies, da die psychische Komorbidität nicht ausgeprägt sei und durch therapeutische Massnahmen vermindert werden könne. Es sei offensichtlich, dass der Beschwerdeführer vor allem an ungünstigen krankheitsfremden Faktoren leide, bzw. wegen extremen familiären Schwierigkeiten, finanziellen Problemen, Fehlen eines Arbeitsplatzes, nicht arbeite. Der Beschwerdeführer scheint dies zu bestätigen, da im Gutachten wiedergegeben wird, er sei motiviert zu arbeiten, wolle aber zuerst seine familiären und finanziellen Probleme lösen. Damit bestätigt das psychiatrische Gutachten die von den übrigen Ärzten festgestellte Problematik der vorherrschenden psychosozialen Faktoren sowie der Schmerzfixierung. Im Gegensatz zur Ansicht des Beschwerdeführers ergibt sich aus den übrigen psychiatrischen Unterlagen nicht eine komplett andere Beurteilung. Zwar kam es in Folge des

psychiatrischen Gutachtens zu einem Schriftenwechsel zwischen dem behandelnden Psychiater N.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welchem der Beschwerdeführer seit Oktober 2011 in Behandlung ist, und dem psychiatrischen Gutachter. Diese bezieht sich namentlich auf die Art und Weise, wie die Psychotherapie vorgenommen werden sollte, sowie ob der Gutachter auch wegen der von ihm konstatierten Probleme der Impulskontrolle eine Diagnose hätte stellen müssen. Dies ändert aber nichts daran, dass sich die beiden Fachärzte in Bezug auf die Diagnosen weitgehend einig sind. So erklärt der behandelnde Psychiater in einem Schreiben vom 26. März 2012 (IV-Akten, S. 335 f.) zu Händen einer vom Beschwerdeführer kontaktierten Anwaltskanzlei, es liege eine leichte bis mittelgradige depressive Störung vor. Aufgrund der depressiven Symptomatologie in der vorliegenden schweren psychosozialen Belastungssituation bestehe eine nicht weiter bezifferte Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Ferner liege eine gewisse Somatisierungstendenz, jedoch ohne Krankheitswert, vor. Die erhebliche psychosoziale Problematik habe einen negativen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen. Nach Erhalt des psychiatrischen Gutachtens bestätigte er am 19. Juni 2012 (IV-Akten, S. 368 f.) explizit die vom Gutachter festgehaltene leichte bis mittelgradige depressive Störung. Demgegenüber bezifferte er die dadurch verursachte Leistungsminderung auf 30–50%. Dies kann aber nicht berücksichtigt werden, da es, wie dargestellt, nicht am behandelnden Arzt ist, sich zur Arbeitsfähigkeit seines Patienten zu äussern und zudem hier auch keine objektiven Elemente vorhanden sind, die vom psychiatrischen Gutachter nicht berücksichtigt worden wären. Am 15. August 2012 (IV-Akten, S. 398 ff.) hielt der behandelnde Psychiater an seiner Meinung fest, diesmal unter der Angabe der ICD-10 Codes F33.0/F33.1 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode) und erwähnte überdies auch eine Tendenz zur leichten Reizbarkeit, ohne diesbezüglich aber eine Diagnose zu stellen und bestätigt damit die vom Gutachter festgehaltene Problematik hinsichtlich der Impulskontrolle und geht zudem von einer möglichen Remission der Psyche aus. Der Gutachter seinerseits erwähnt am 16. Oktober 2012 nun ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (F33.0/F33.1).

Kantonsgericht KG Seite 9 von 10 Auch die Ärzte des K.\_\_\_\_\_ nennen im vorerwähnten Bericht vom Juli 2012 eine mittelgradige depressive Störung. Demgegenüber ist die von ihnen ebenfalls diagnostizierte generalisierte Angststörung (F41.1) nicht nachvollziehbar, da weder der behandelnde Psychiater noch der psychiatrische Gutachter eine solche festhielten. So gibt ersterer in seinem vorerwähnten Bericht vom August 2012 zwar Ängste und vegetative Begleitsymptome von Angstgefühlen an, stellt diesbezüglich aber keine Diagnose und der psychiatrische Gutachter erklärt explizit, es würden keine Angsteffekte bestehen und beschreibt einzig hypochondrische Befürchtungen. Von Relevanz sind vorliegend demgegenüber die regelmässig genannten psychosozialen Faktoren, welche als IV-fremde Faktoren grundsätzlich nicht berücksichtigt werden können: Trennung von der Ehefrau, die zusammen mit den Kindern in Deutschland lebt, wobei offenbar alle Kinder gesundheitlich angeschlagen sind und eines von ihnen wiederholt straffällig geworden ist, laufende Scheidung, bei welcher nach türkischem Recht eine 2-jährige Wartezeit abgewartet werden muss, Brustkrebs der Lebenspartnerin in der Schweiz, von welcher er sich inzwischen auch getrennt hat, mehrjährige Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme. In diesem Sinne ist es sehr wohl von Relevanz, aus welchen Gründen eine psychiatrische Krankheit vorhanden ist. Je stärker solche psychosozialen Faktoren in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss

eine davon zu unterscheidende fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein, damit ausnahmsweise von einer Invalidität ausgegangen werden kann, was hier aber gerade nicht der Fall ist. So gilt die vom psychiatrischen Gutachter gestellte Diagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen (Z.73.1) nicht als invalidisierend, wie es allgemein für Z-codierte Diagnosen nach ICD-10 der Fall ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_437/2012 vom 6. November 2012 Erw. 3.3 mit Hinweis). Ferner ist auch eine mittelgradige depressive Episode – wie dargestellt – in der Regel nicht invalidisierend und grundsätzlich behandelbar, wovon auch der behandelnde Psychiater ausgeht, gemäss welchem eine vollständige Remission der psychischen Beschwerden als möglich erachtet wird. Zudem handelt es sich dabei auch nicht um eine selbständige Gesundheitsbeeinträchtigung, sondern ist vor allem als Reaktion auf die schwierigen Lebensumstände zu sehen. Auch zu keiner anderen Einschätzung führt die nur vom psychiatrischen Gutachter festgehaltene anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die gemäss diesem zwar in einem gewissen Grad als invalidisierend zu betrachten sei, dies aber nur im Rahmen einer um maximal 15% verminderten Leistungsfähigkeit. Die fachärztlich gestellten Diagnosen können insgesamt angesichts der erheblich vorhandenen psychosozialen Faktoren nicht als derart ausgeprägt angesehen werden, als ausnahmsweise von einer Invalidität ausgegangen werden kann, weshalb es nichts daran auszusetzen gibt, dass die IV-Stelle das Vorliegen eines Gesundheitsschadens im Sinne der IV verneint hat. c) Zu keiner anderen Einschätzung führen die im Verlauf des Verfahrens eingereichten Unterlagen. Da diese die Zeitspanne nach dem Erlass der Verfügung vom 25. Oktober 2012 betreffen, müssen sie grundsätzlich nicht in Betracht gezogen werden (vgl. BGE 132 V 215 Erw. 3.1.1 mit Hinweisen). Dennoch ist es erwähnenswert, dass auch in diesen regelmässig auf eine ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation hingewiesen wird. Zudem stellt zwar Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie am 29. April 2014, mehr als ein Jahr nach Erlass der hier streitigen Verfügung, die vom K. \_\_\_\_\_ noch verneinte Diagnose einer myotone Dystrophie Typ 1. Doch in ihrem Folgebericht vom 8. August 2014 attestiert sie einzig eine Arbeitsunfähigkeit für schwere Arbeiten. Die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte können aber im Rahmen einer Neuanmeldung berücksichtigt werden. Eine solche wurde vom Beschwerdeführer bereits im August 2014 bei der IV-Stelle gestellt.

Kantonsgericht KG Seite 10 von 10 4. Zusammenfassend hat die IV-Stelle zu Recht das Vorliegen eines Gesundheitsschadens im Sinne der IV verneint, weshalb der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf IV-Leistungen hat und seine Beschwerde abzuweisen und die Verfügung der IV-Stelle vom 25. Oktober 2012 zu bestätigen ist. Die Gerichtskosten zu Lasten des unterliegenden Beschwerdeführers werden auf 800 Franken festgesetzt und sind mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in der gleichen Höhe zu verrechnen. Der mit seinen Anträgen unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A. \_\_\_\_\_ wird abgewiesen. II. Es werden Gerichtskosten in der Höhe von 800 Franken zu Lasten von A. \_\_\_\_\_ erhoben, was mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird. III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird.

Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.  
Freiburg, 12. Januar 2015/bsc Präsidentin Gerichtsschreiber-Berichterstatter

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