

FR_GERICHTE 605 2015 58 vom 7. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_58

FR: FR_GERICHTE 605 2015 58 du 7 février 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2015 58 del 7 febbraio 2017

Regeste

Entscheidung des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts |
Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 6. März 2015 gegen die Verfügung vom 2. Februar 2015 ist durch den ordentlich vertretenen Beschwerdeführer frist- und formgerecht bei der sachlich und örtlich zu- ständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob er weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Invalidenrente sowie auf berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

Kantonsgericht KG Seite 4 von 20

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 E. 7.3). Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Förderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2; 102 V 165; AHI 2001 S. 228, E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 4c). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente,

wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. b) 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 die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, das heisst arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 115 V 133 E. 2; 107 V 17 E. 2b; 105 V 156 E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird laut der Rechtsprechung nach dem Mass bestimmt, in welchem die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen an ihrem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat die versicherte Person andere ihr offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 403 E. 2; 114 V 281 E. 1d). 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 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person abzustellen, hätte es doch diese ansonsten in der Hand, ihren Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen.

Kantonsgericht KG Seite 5 von 20 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Für diesen Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des – möglichen – Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheides zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 129 V 222). c) Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird gemäss Art. 17 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3). Der Zeitpunkt der Rentenanpassung bzw. Rentenaufhebung muss entsprechend der Bestimmung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vorgenommen werden (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil EVGer I 21/05 vom 12. Oktober 2005 E. 3.3). Gemäss dieser Bestimmung ist die anspruchsbeflussende

Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG setzt auch im Revisionsfall (Art. 17 ATSG) voraus, dass angezeigte Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden sind. Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar, sodass daraus unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich vorgenommen werden kann. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Die Verwaltung muss sich daher vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen vorausgesetzt ist. Der Ausnahmetatbestand der Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen ist als erfüllt zu betrachten, wenn die Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil BGer 9C_128/2013

Kantonsgericht KG Seite 6 von 20 E. 4.1 mit Verweis auf Urteil BGer 9C_228/2010 vom 26. April 2011). Falls eine Selbsteingliederung nicht möglich ist, hat die Verwaltung – die Motivation des Beschwerdeführers vorausgesetzt (Art. 21 Abs. 4 ATSG) – die Verwertbarkeit der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit zu prüfen und die nach den konkreten Umständen sich als unerlässlich herausstellenden Eingliederungsmassnahmen an die Hand zu nehmen, sofern und soweit deren Voraussetzungen erfüllt sind. Anschliessend ist über die revisionsweise Aufhebung des Rentenanspruchs neu zu verfügen (vorerwähntes Urteil BGer 9C_128/2013 vom 4. November 2013 E. 4.3). 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 E. 3a). 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 E. 3b/cc mit Hinweisen).

E. 3

Cannabisabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F12.1)

E. 4

Vorab ist generell festzuhalten, dass sich das fachpsychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Mai 2014 auf eine ausführliche psychiatrische Exploration vom 30. April 2014 sowie auf das dem Gutachter zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen stützt. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und ist in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. a) Insbesondere was die vom Gutachter gestellte Diagnose einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) anbelangt, ist das Gutachten gut begründet, logisch, nachvollziehbar und absolut überzeugend. Diesbezüglich wird im Gutachten ausgeführt, dass bei der Rekonstruktion des Krankheitsverlaufes eindeutig habe festgestellt werden können, dass sich die vom Beschwerdeführer beklagten Symptome zunächst unzweifelhaft im Anschluss und reaktiv auf die Arbeitsplatzproblematik (inkl. Arbeitsplatzverlust) sowie die späteren kardiologischen Probleme entwickelt habe. Bis zu diesem Zeitpunkt sei es dem Beschwerdeführer psychisch gut gegangen und er sei niemals zuvor in psychiatrischer Behandlung gewesen. Wäre der Beschwerdeführer zu einem früheren Zeitpunkt (also etwa bereits Ende des Jahres 2010 oder im Laufe des Jahres 2011) psychiatrisch begutachtet worden, so wäre in Anbetracht dieses primär reaktiven Auftretens der beschriebenen psychischen Symptome zunächst die Diagnose einer „Anpassungsstörung“ zu stellen gewesen. Eine Anpassungsstörung heile in der Regel innerhalb von sechs Monaten aus. Spätestens nach zwei Jahren sollte selbst eine „längere depressive Reaktion“ abgeklungen sein (Vorakten S. 335 f.). Da das Zeitkriterium für die Diagnose einer Anpassungsstörung mittlerweile lange überschritten sei, sei die persistierende, mittlerweile chronifizierte, überwiegend noch leichte bis allenfalls intermittierend mittelgradig ausgeprägte Symptomatik des Beschwerdeführers spätestens seit dem Jahr 2013 gemäss ICD-10 neu als Dysthymie zu definieren. Wie die ICD-10 ausführe, handle es sich bei einer Dysthymie um eine „chronische, mindestens zwei Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder hinreichend schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33) zu erfüllen“. Dabei betone die ICD-10 ausdrücklich, dass eine Dysthymie auch dann diagnostiziert werden könne, wenn die gegenwärtigen Symptome die Diagnose einer depressiven Störung nicht rechtfertigen, dieses in der Vergangenheit hingegen zutraf, besonders zu Beginn der Störung. Gerade bei einem sogenannten „späten Beginn“, meist zwischen dem 30. und dem 50 Lebensjahr, trete eine Dysthymie oft im Anschluss an eine affektive Episode auf (Vorakten S. 331 f.). Im Falle des Beschwerdeführers wäre dessen initial als Anpassungsstörung bzw. später noch für kurze Zeit als depressive Episode zu klassifizierende Symptomatik als eine solche „affektive Episode“ anzusehen, welche sich mittlerweile im Sinne einer Dysthymie chronifiziert habe, nicht aber im Sinne einer wirklichen rezidivierenden depressiven Störung. Eine solche rezidivierende depressive

Störung sei auch vom behandelnden Psychiater niemals diagnostiziert worden; dieser habe sich vielmehr stets auf die Diagnose einer depressiven Episode (selbst über drei Jahre nach deren Beginn) beschränkt und stets deren reaktiven Charakter betont (Vorakten S. 334 und 332 f.). Trotz der Vehemenz der vom Beschwerdeführer vorgetragene Klagen und Schilderungen imponiere die bei der aktuellen Untersuchung objektifizierbare anxiodepressive Symptomatik

Kantonsgericht KG Seite 14 von 20 aufgrund des klinisch gewonnenen Eindrucks und bei Anwendung der psychometrischen Skalen (Hamilton Depression Scale und Depressionsskala M.A.D.R.S.) nur noch als leicht (vgl. Vorakten S. 338). Sein Zustandsbild werde mittlerweile und offenbar schon seit längerem hauptsächlich geprägt durch seine akzentuierten Persönlichkeitszüge mit hoher emotionaler Unreife, Instabilität und Impulsivität, ängstlich-vermeidenden Zügen, einer gewissen Klagsamkeit und dem unübersehbaren Wunsch nach Anerkennung des bisherigen Leidens (Vorakten S. 330 f.). Trotz seiner residualen Symptomatik und seiner vehementen Klagen sei der Beschwerdeführer aber offenbar durchaus in der Lage, einen geregelten Tagesablauf einzuhalten, diverse soziale Kontakte zu unterhalten und Freude zu empfinden (Vorakten S. 329). Bereits bei der einmaligen psychiatrischen Exploration des Beschwerdeführers hätten sich gewisse akzentuierte, einerseits emotional recht unreife und impulsive, mitunter auch ängstlich-vermeidende und zwanghaft-anankastische Persönlichkeitszüge gezeigt (Vorakten S. 334), welche bei einer zumutbaren Willensanstrengung durchaus zu kontrollieren wären, wie der Beschwerdeführer selber bei entsprechender Notwendigkeit letztlich immer wieder bewiesen habe (Vorakten S. 331). Die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62) lasse sich nicht bestätigen. Die ICD-10 halte zu dieser Diagnose fest, dass eine solche andauernde Persönlichkeitsänderung nach einer Belastung katastrophalen Ausmasses (wie zum Beispiel Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, anhaltende lebensbedrohliche Situationen) folgen könne. Auch wenn es sich bei der erlittenen Herzoperation zweifelsohne um einen durchaus schweren Eingriff gehandelt habe, sei keinesfalls von einer „anhaltenden lebensbedrohlichen Situation“ auszugehen, welche eine solche Diagnose rechtfertigen würde. Zudem sei beim Beschwerdeführer zweifelsohne seit jeher von gewissen akzentuierten Persönlichkeitszügen und damit einer erhöhten Vulnerabilität auszugehen, was ebenfalls der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach einer Belastung entgegen stehe (Vorakten S. 332 f.). b) In seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2014 weist der Gutachter erneut auf die unzweifelhaft primär reaktiv aufgetretene anxiodepressive Symptomatik bei einer bis zum Jahre 2010 völlig blanden psychiatrischen Anamnese hin. Diese reaktive anxiodepressive Symptomatik hätte zunächst die Diagnose einer Anpassungsstörung gerechtfertigt. Nach Überschreiten des Zeitkriteriums sei die residuale anxiodepressive Symptomatik nun neu zu definieren, und zwar im Sinne einer Dysthymie. Die Diagnose einer echten rezidivierenden depressiven Störung erscheine in Anbetracht des eindeutig reaktiven Auftretens der beklagten anxiodepressiven Symptomatik mit relativ schneller Rückbildung sicherlich nicht gerechtfertigt (Vorakten S. 373). c) Der behandelnde Psychiater, Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, attestierte dem Beschwerdeführer zunächst eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), bestehend seit Oktober 2010 (Bericht vom 19. Mai 2011, Vorakten S. 121). Diese Diagnose bestätigte er in den Verlaufsberichten vom 30. Januar 2012 (Vorakten S. 213) sowie 31. August 2012 (Vorakten S. 258). Im letzteren Bericht wies er auf zusätzliche reaktive Elemente im Gefolge der kardiologischen

Erkrankung hin, bestehend seit dem Jahr 2011. Am 15. Juli 2013 berichtete der behandelnde Psychiater von einem stationären Gesundheitszustand. Es bestehe noch eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) sowie seit der Herzklappenoperation im Jahr 2012 eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62) (Vorakten S. 302). Dabei wurden weder die ursprüngliche Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode

Kantonsgericht KG Seite 15 von 20 (ICD-10: F32.1) noch die neuen Diagnosen einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) sowie einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62) diskutiert. In seinen Stellungnahmen vom 10. Juni 2014 und 26. November 2014 berichtete der behandelnde Psychiater, dass es beim Beschwerdeführer seit März 2014 zu einer sehr erfreulichen Stabilisierung seines Zustandsbildes gekommen sei. Gegenwärtig liege eine leichte Depressivität vor, welche nunmehr eine Wiedereingliederung erlaube; dies nachdem ihm das Potenzial für eine berufliche Wiedereingliederung zuvor noch abgesprochen worden war (Bericht vom 15. Juli 2013, Vorakten S. 304; vgl. auch Dr. med. M. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Verlaufsbericht vom 4. Juni 2013, Vorakten S. 295 ff.). Der Beschwerdeführer werde denn auch seit April 2014 in der Stiftung N. _____ in einer geschützten Werkstatt beschäftigt, mit einem derzeitigen Pensum von 50 Prozent (Vorakten S. 368 ff. und 408 ff.). Diese Aussagen stehen in einem offensichtlichen Widerspruch zu der neu gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1), gegenwärtig mittelgradige Episode (Vorakten S. 407), welche eher für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sprechen würde. Kommt hinzu, dass der behandelnde Psychiater diese neue Diagnose wiederum nicht diskutiert, sondern sich darauf beschränkt festzustellen, dass in der diagnostischen Einschätzung Diskrepanzen bestehen; dies obschon der Gutachter ausführlich darlegt, weshalb die Diagnose einer echten rezidivierenden depressiven Störung im vorliegenden Fall nicht gerechtfertigt sei. Ein weiterer Widerspruch in den Berichten des behandelnden Psychiaters besteht darin, dass er, obschon er bereits im Juli 2013 von einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) ausging (Vorakten S. 302) und auch die damalige Hausärztin, Dr. med. M. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, bereits im Juni 2013 über einen nunmehr latenten depressiven Zustand berichtete (Vorakten S. 295), daran festhält, dass sich das Zustandsbild des Beschwerdeführers erst seit März 2014 verbessert habe. Vielmehr ist aufgrund der genannten Verlaufsberichte davon auszugehen, dass es bereits im Sommer 2013 zu einer Besserung des Gesundheitszustandes gekommen ist. Wäre eine solche nämlich tatsächlich erst im März 2014 eingetreten, wäre dem Beschwerdeführer wohl kaum bereits auf April 2014 ein Platz in einer geschützten Werkstätte mit einem Pensum von 50 Prozent vermittelt worden. Was die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose „ICD-10: F62 andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ anbelangt, so legt der Gutachter nachvollziehbar dar, weshalb sich diese Diagnose nicht bestätigen lässt. Es ist durchwegs einleuchtend und bedarf keiner weiteren Erklärung, dass eine Operation am offenen Herzen, selbst wenn diese mit Komplikationen verbunden war und selbst wenn eine akute Lebensgefahr bestanden hätte, was aber beim Beschwerdeführer offensichtlich nicht der Fall war, keine Belastung katastrophalen Ausmasses darstellt, dass die Vulnerabilität des Beschwerdeführers als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muss, wie dies etwa beim andauernden Ausgesetztsein lebensbedrohlicher Situationen (etwa als Opfer von Terrorismus), andauernder

Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr, Folter, Katastrophen oder Konzentrationslagererfahrungen der Fall ist. Eine unmittelbare Lebensgefahr bestand beim Beschwerdeführer gerade nicht, geschweige denn eine andauernde lebensbedrohliche Situation. d) Damit scheinen die Arztberichte des behandelnden Psychiaters widersprüchlich und wenig kohärent. Sie sind nicht geeignet, die Aussagen des Gutachters in Zweifel zu ziehen. Zudem steht der behandelnde Psychiater in einer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Beschwerdeführer, weshalb seine Berichte erfahrungsgemäss eher zu Gunsten des Beschwerdeführers ausfallen (vgl. BGE 125 V 351 E 3b/cc mit Hinweisen). Dies zeigt sich im

Kantonsgericht KG Seite 16 von 20 vorliegenden Fall beispielhaft darin, dass der behandelnde Psychiater, nachdem sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert und er nunmehr eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) diagnostiziert hatte (Bericht vom 15. Juli 2013, Vorakten S. 302), plötzlich und ohne weitere Begründung auf die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1), gegenwärtig mittelgradige Episode, wechselte (Bericht vom 26. November 2014, Vorakten S. 407); dies nachdem der Gutachter festgestellt hatte, dass der behandelnde Psychiater nie die Diagnose einer echten rezidivierenden depressiven Störung gestellt hatte, und nachdem der Beschwerdeführer den Vorbescheid vom 29. September 2014 erhalten hatte, wonach seine Rente infolge Verbesserung des Gesundheitszustandes aufgehoben werde. Daran ändern auch die vom behandelnden Psychiater geschilderten Situationen und Beobachtungen nichts, welche insgesamt für die Argumentation des Gutachters eines eindeutig reaktiven Auftretens der beklagten anxiodepressiven Symptomatik mit relativ schneller Rückbildung sprechen. So musste die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers u.a. in folgenden Situationen intensiviert werden: Kontaktaufnahme mit der Stiftung N. _____ (Vorakten S. 367), Durchführung der psychiatrischen Begutachtung (Vorakten S. 367) sowie Aussicht, dass der Beschwerdeführer nach Aufhebung der Rente nicht mehr in die geschützte Werkstatt kommen könne (Vorakten S. 407). Der behandelnde Psychiater berichtet denn auch selber, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur bei Unsicherheiten in seiner Lebens- und Beziehungssituation und in Frustrationssituationen mit Hochspannungszuständen, anxiodepressiver Symptomatik und impulsiven Reaktionen bis hin zu auto- und heteroaggressiven Impulsen reagiere (Vorakten S. 408 ff.), womit auch er ein eindeutig reaktives Auftreten der anxiodepressiven Symptomatik beschreibt. Damit hängt die anxiodepressive Symptomatik des Beschwerdeführers ganz offensichtlich von äusseren, krankheitsfremden Faktoren ab. e) Weiter ist festzustellen, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch den behandelnden Psychiater auch deshalb nicht überzeugend ist, weil der behandelnde Psychiater von der gestellten Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode resp. einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige Episode, auf eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu 100 Prozent schliesst. Nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung werden leicht- mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens betrachtet; dies selbst dann, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (vgl. Urteil BGER 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit weiteren Hinweisen). Schon vom Schweregrad der Depression her kann dieser keine invalidisierende Beeinträchtigung beigemessen werden (vgl. Urteil BGER 8C_581/2013

vom 10. Dezember 2013 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). f) Auch das vom aktuellen Hausarzt, Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, eingereichte Zeugnis vom 2. September 2015 (Beilage zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 10. Dezember 2015) lässt keine Zweifel am Gutachten aufkommen, ist doch der Hausarzt Allgemeinmediziner und nicht Psychiater. Was die vom Beschwerdeführer zu den Akten gereichten Einsatzbeurteilungen der P. _____ anbelangt, so sind diese für den vorliegenden Fall ohne Belang, betreffen sie doch alle den Zeitraum nach Erlass der angefochtenen Verfügung.

Kantonsgericht KG Seite 17 von 20 g) Damit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass das fachpsychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bezüglich der Diagnose einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) umfassend, gut begründet, logisch, nachvollziehbar und absolut überzeugend ist; die Diagnose einer Dysthymie wird auch vom RAD-Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, bestätigt (letztmals am 4. Januar 2016, Beilage zur Eingabe der IV-Stelle vom 28. Januar 2016). Aus den übrigen medizinischen Akten ergeben sich keine Gründe, die die Aussagen des Gutachters in Frage zu stellen vermögen. Damit genügt das fachpsychiatrische Gutachten ohne Weiteres den formellen Anforderungen in Bezug auf die Beweiskraft. Die Vorinstanz hat damit zu Recht auf das fachpsychiatrische Gutachten abgestellt, welches eine Dysthymie diagnostiziert, bestehend spätestens seit Ende des Jahres 2012. Zuvor ist seit Ende des Jahres 2010 vom Vorliegen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43) auszugehen.

E. 5

a) Nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung ist Dysthymie eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (ICD-10: F34.1). Das Bundesgericht hat in konstanter Rechtsprechung angenommen, eine Dysthymie sei den jeweiligen Umständen nach nicht invalidisierend (Urteile BGer 8C_303/2016 vom 18. Juli 2016 E. 5, 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2, 8C_643/2015 vom 18. Dezember 2015 E. 5.2.1, 8C_806/2013 vom 6. März 2014 E. 6.2). Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden – wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung – auftritt (Urteil EVGer I 653/04 vom 19. April 2006 E. 3). Findet sich im Psychostatus indes nur eine Dysthymie, so kann das wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich (Urteil BGer I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.3.1 mit Hinweisen, bestätigt in Urteil BGer 8C_623/2013 vom 11. März 2014 E. 3.2; Urteil BGer 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.4). Auch wenn bei der Dysthymie eine Arbeitsunfähigkeit bestehen kann, wird die Entschädigungswürdigkeit eben dieser Arbeitsunfähigkeit aberkannt und werden die betroffenen Versicherten vom Leistungsbezug in der Invalidenversicherung ausgeschlossen (GEHRING, Sozialversicherungsrechtlicher Spardruck und privates Versicherungsrecht, in: HAVE 2014 S. 270 ff., S. 272; SANER/GEHRING, Überwindbarkeitsrechtsprechung zur Sozialversicherung – ein Irrläufer im Haftpflichtrecht, in: AJP 2012 S. 815 ff., S. 816 f.). b) Im vorliegenden Fall kann eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer

ohne Weiteres ausgeschlossen werden. Eine solche wurde vom Gutachter in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2014 (Vorakten S. 374 ff.) mit Bezugnahme auf das Gutachten vom 5. Mai 2014 überzeugend verneint. In Anbetracht des eindeutig reaktiven Auftretens der beklagten anxiodepressiven Symptomatik mit relativ schneller Rückbildung sei die Diagnose einer echten rezidivierenden depressiven Störung sicherlich nicht gerechtfertigt (Vorakten S. 373 und 330 f.). Der Beschwerdeführer biete nebst der Diagnose einer Dysthymie akzentuierte Persönlichkeitszüge, die sein Zustandsbild mittlerweile und offenbar schon seit längerem hauptsächlich prägen, einen deutlich geringeren „Krankheitswert“ haben und daher bei einer entsprechenden Willensanstrengung durchaus ausreichend zu kontrollieren wären, wie vom Beschwerdeführer selber bei entsprechender Notwendigkeit letztlich immer wieder bewiesen worden sei (Vorakten S. 372, 370 und 331). Zudem stellen die akzentuierten Persönlichkeitszüge als Z-codierte Diagnosen keine rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (Urteil BGer

Kantonsgericht KG Seite 18 von 20 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.3 mit Hinweisen). Was den laborchemisch im Gutachten nachgewiesenen Cannabisabusus und den Verdacht auf einen pathologisch gesteigerten Alkoholkonsum betrifft, kann vom Beschwerdeführer im Rahmen seiner Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht verlangt werden, eine strikte Alkohol- und Cannabisabstinenz einzuhalten. Ausserdem begründen selbst eine bestehende Drogensucht oder Alkoholismus für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes (Urteil BGer 8C_951/2010 vom 30. Mai 2011 E. 4.1 mit Hinweisen). c) Damit ist – gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Mai 2014 – von einer Dysthymie (ICD- 10: F34.1), bestehend spätestens seit Ende 2012 sowie einer Persönlichkeit mit akzentuierten emotional instabilen, impulsiven, ängstlich-vermeidenden, zwanghaften und narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1), bestehend bereits seit der Adoleszenz auszugehen. Daneben besteht ein Cannabisabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F12.1) sowie der Verdacht auf Alkoholabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1). Mit diesem Gesundheitsschaden ist es dem Beschwerdeführer zumutbar, in der bisherigen wie auch in jeder dem Alter und Ausbildungsstand entsprechenden Tätigkeit zu 100 Prozent zu arbeiten, wobei seine Leistungsfähigkeit wegen der bestehenden anxiodepressiven Symptome um maximal 20 Prozent vermindert ist, da der Beschwerdeführer etwas schneller erschöpfbar ist und nur in einem etwas reduzierten Tempo arbeiten kann. Zudem besteht eine Herzproblematik, welche allerdings seit dem 1. Januar 2012 keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr hat. Da seit dem 1. Januar 2013 keine Arbeitsunfähigkeit mehr ärztlich attestiert ist und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers alleine wegen der spätestens seit Ende des Jahres 2012 bestehenden Dysthymie vermindert ist, ist ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ab 1. Januar 2013 zu verneinen. Da nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung versicherte Personen vom Leistungsbezug in der Invalidenversicherung auch dann ausgeschlossen sind, wenn eine diagnostizierte Dysthymie zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, ist bei diesem Ergebnis auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht weiter einzugehen. Aus dem gleichen Grund ist kein Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) vorzunehmen.

E. 6

Der Beschwerdeführer macht geltend, es hätten zuerst Eingliederungsmassnahmen an die Hand genommen werden müssen, bevor eine Renteneinstellung hätte stattfinden dürfen.

Die Rechtsprechung, wonach eine bezogene Rente erst nach Prüfung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eingestellt werden darf, ist in konstanter Rechtsprechung auf Fälle beschränkt worden, in denen die revisionsweise Rentenaufhebung eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil BGer 8C_724/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5.5 mit Verweis auf Urteil BGer 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3). Der Beschwerdeführer erfüllt beide Voraussetzungen nicht, war er doch im Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung vom 2. Februar 2015 erst 53-jährig; auch bezog er erst seit 3 ½ Jahren eine Invalidenrente. Angesichts der verbindlich festgestellten vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in jeder körperlich leichten Tätigkeit bei einer Leistungsminderung von maximal 20 Prozent ist zudem nicht ersichtlich, weshalb die Arbeitsfähigkeit nicht auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar sein soll (Urteil BGer 8C_724/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5.5 mit Hinweisen; vgl. auch das Urteil BGer 9C_618/2013 vom 4. Dezember 2013 E. 5 mit Verweis auf Urteil BGer 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.4).

Kantonsgericht KG Seite 19 von 20 Dies gilt erst recht im vorliegenden Fall, wurde doch dem Beschwerdeführer von der Vorinstanz Hilfe bei der Arbeitsvermittlung zugesprochen. Auch erfolgte in der Zwischenzeit eine Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung und beim Sozialdienst, wo der Beschwerdeführer auf weitere Unterstützung zählen dürfte. Per 22. Oktober 2015 erhielt der Beschwerdeführer zudem einen Beistand, welcher ihn unter anderem im Bereich Erwerbstätigkeit begleitet (Begleitbeistandschaft gemäss Art. 393 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907 [ZGB; SR 210]).

E. 7

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz zutreffend von einer anspruchserheblichen Änderung des Sachverhalts ausgegangen ist und sich im Hinblick auf die Aufhebung der Invalidenrente keine revisionspezifischen Eingliederungsfragen im eben genannten Sinne stellen. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen und die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 2. Februar 2015 zu bestätigen.

E. 8

Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 4. Mai 2015 (605 2015 82) für das vorliegende Beschwerdeverfahren die teilweise unentgeltliche Rechtspflege erteilt, weshalb auf die Erhebung von Gerichtskosten in der Höhe von CHF 800.- verzichtet wird. Obschon die Vorinstanz obsiegt, hat sie keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, 2015, Art. 61 N. 199). Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird abgewiesen. II. Die Gerichtskosten werden auf CHF 800.- festgesetzt. Sie werden aufgrund der teilweise gewährten unentgeltlichen Rechtspflege nicht erhoben. III. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 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 Beschwere schrift 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, 7. Februar 2017/dki

Kantonsgericht KG Seite 20 von 20 Präsident Gerichtsschreiber-Berichterstatter

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