

FR_GERICHTE 605 2015 66 vom 29. März 2017

FR Kantonsgericht, 2017-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_66

FR: FR_GERICHTE 605 2015 66 du 29 mars 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2015 66 del 29 marzo 2017

Regeste

Entscheidung des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts |
Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 11. März 2015 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 5. Februar 2015 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 – über die Periode vom 1. September 2006 bis zum 31. August 2007 hinaus – Anspruch auf eine unbefristete ganze Rente 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). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid sind. b) Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG i. V. m. 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 (Art. 7 Kantonsgericht KG Seite 4 von 12 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 3.7.1 mit Hinweisen). Gemäss

bisheriger Rechtsprechung begründeten eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden als solche noch keine Invalidität. Es bestand die Vermutung, die Störung oder ihre Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Dennoch wurde bei solchen Leiden ausnahmsweise eine Invalidität angenommen, was anhand der sog. Förster-Kriterien geprüft wurde. Im Vordergrund stand die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (BGE 130 V 352). Im vorgenannten BGE 141 V 281 wurde diese Rechtsprechung teilweise geändert und dabei namentlich die Überwindbarkeitsvermutung aufgehoben. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells trat ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen. Die auf Begrifflichkeiten des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens kann indes nur zu einer invaliden-versicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führen, wenn sie unter dem Gesichtspunkt der – bis anhin in der Praxis zu wenig beachteten – Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (Urteil BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 2.2, 3 und 4.1 mit zahlreichen Hinweisen). 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). Wird in einer Verfügung dem Versicherten gleichzeitig eine Rente mit rückwirkender Wirkung zugesprochen und diese in der Folge erhöht, gekürzt oder aufgehoben, so entspricht dies einer Revisionsverfügung. Dabei ist es irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird. In einem solchen Fall muss der Sachverhalt im Moment der Zusprechung der Rente mit dem verglichen werden, bei welchem die Rente erhöht, gekürzt oder aufgehoben wird (BGE 131 V 164 E. 2; 125 V 413 E. 2d). Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 417 E. 2d mit Hinweisen). Kantonsgericht KG Seite 5 von 12 Der Zeitpunkt der

Rentenanpassung bzw. Rentenaufhebung muss entsprechend Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vorge- nommen werden (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil EVG I 21/05 vom 12. Oktober 2005 E. 3.3). Ge- mäss dieser Bestimmung ist die anspruchsbeeinflussende 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 andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. d) 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 E. 3.3.2; 115 V 133 E. 2c; 107 V 17 E. 2b; 105 V 156 E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird nach dem Mass bestimmt, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten Arbeitsplatz zumutbarer- weise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medi- zinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat der Versicherte andere ihm offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 404 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 20 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201). Insbe- sondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden des Versicherten abzustellen, hätte es doch dieser ansonsten in der Hand, seinen Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Per- son nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und all- fälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeits- marktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). e) Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beur- teilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widerspre- chenden 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 medizi- nische 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 wor- den ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizi- nischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismit- tels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick Kantonsgericht KG Seite 6 von 12 auf ihre

auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc mit Hinweisen).

E. 3

Vorliegend ist streitig, ob der Beschwerdeführer unbefristet und nicht nur für die Periode vom 1. September 2006 bis zum 31. August 2007 Anspruch auf eine ganze Rente hat. a) Als Vorbemerkung ist festzuhalten, dass auf die vom Beschwerdeführer beantragte persönliche Einvernahme verzichtet wird, da davon keine weiteren erheblichen Erkenntnisse zu erwarten sind. Vielmehr führen die vorhandenen Unterlagen – wie nachfolgend ausgeführt wird – das Gericht zur Überzeugung, dass der etablierte Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts zu ändern vermögen (antizipierte Beweiswürdigung; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. ebenso BGE 134 I 140 E. 5.3). Ferner hat der Beschwerdeführer diesen Antrag nicht weiter begründet. Weiter wird auf die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung verzichtet. Eine solche wurde zwar vom Beschwerdeführer in seiner Beschwerde beantragt, in seinen Gegenbemerkungen vom 19. Oktober 2015 hielt er aber explizit fest, dass eine öffentliche Verhandlung (lediglich) dann anzuordnen sei, wenn das Gericht seine Ansicht nicht teile, dass die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Beweisfrage und -last der Überwindbarkeit einer somatoformen Schmerzstörung direkt anwendbar sei. Da diese Rechtsprechung hier berücksichtigt wird, erübrigt sich die Durchführung einer solchen Verhandlung. Daran ändern auch die späteren Eingaben vom 11. März und 25. April 2016, wonach eine öffentliche Verhandlung anzusetzen sei, nichts, da er darin seine Bedingung für die Durchführung einer solchen nicht zurücknahm. b) Einen ersten Leistungsantrag lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 16. Dezember 2004, bestätigt durch rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 16. September 2005, gestützt namentlich auf das Gutachten der C. _____ vom 14. Mai 2004 (IV-Akten, S. 248 ff.), ab. Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach Verkehrsunfall (Frontalkollision) am 16. August 2002 (HWS-Distorsion, konsekutiv mit chronifiziertem und sich ausweitendem cervicogenem Schmerzsyndrom linksbetont, Nacken- und Kopfschmerzen, Armschmerzen rechts, ohne Anhaltspunkte für eine radikuläre Läsion, Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung [MTBI]), lumboischialgiforme Schmerzen rechts (vorbestehend fragliche Läsion L4/5, klinisch keine Irritationssymptomatik), eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Adipositas (BMI von 31) und der Nikotinabusus. Aus psychiatrischer Sicht – es wurde keine Komorbidität festgestellt – sei die Überwindung der Schmerzen zuzumuten, dennoch wurde eine Leistungseinbusse von 20% in einer angepassten Tätigkeit festgehalten. Weiter lag ein Gutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 27. August 2004 (IV-Akten, S. 286 ff.) vor, der selbst schwere körperliche Tätigkeiten als zumutbar erachtete. Demgegenüber ging der Hausarzt, Dr. med. F. _____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50% aus (Bericht vom 29. Juni 2003; IV-Akten, S. 39 ff.). c) Im Rahmen des Revisionsgesuchs von 2006 holte die IV-Stelle diverse Arztberichte ein und ging in der Verfügung vom 17. Februar 2009 von einem stationären Gesundheitszustand aus. Dies wurde vom Kantonsgericht in seinem Rückweisungsentscheid vom 14. April 2011 kritisiert. Es hielt fest, Schmerzstörungen könnten chronifizieren und die Prognose werde durchgehend als negativ gesehen. Zudem seien neue Diagnosen hinzugekommen. So

werde in den Akten eine Kantonsgericht KG Seite 7 von 12 schlecht eingestellte Diabetes, eine aktinische Oesophagitis, ein Tumor (im Herbst 2006 operiert und mit Radiotherapie nachbehandelt), Knieprobleme, sowie im Spätherbst 2008 eine Lungenembolie mit Hospitalisation erwähnt. Ferner ergäben sich Hinweise auf eine Verschlechterung der Situation. So reduzierte der Hausarzt seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in den späteren Berichten vom 25. Februar (IV-Akten, S. 506 f.) und 6. Mai 2007 (IV-Akten, S. 525 u S. 527 f.). Gemäss den Ärzten der G. _____ liege eine komplette Arbeitsunfähigkeit vor und der Beschwerdeführer sei bei Dr. med. H. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (Bericht vom 19. Februar 2009, IV-Akten, S. 978 ff.). Auch der behandelnde Pneumologe, Dr. med. I. _____, verweise am 1. Februar 2008 (IV-Akten, S. 561) wegen des operierten Tumors auf eine veränderte Situation insbesondere in psychischer Hinsicht. Bereits am 27. September 2006 (IV-Akten, S. 439) spreche auch der Hausarzt von zunehmenden depressiven Anzeichen. Auch Dr. med. J. _____, Facharzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, erwähne am 29. August 2006 (IV-Akten, S. 434) eine Depression bei invalidisierendem Tinnitus. Die Ansicht des RAD, wonach keine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, überzeuge deshalb nicht. Gerade bei einer anerkannten Leistungsreduktion aufgrund einer somatoformen Störung stelle sich die Frage, ob sich durch die Diagnose eines Tumors mit konsekutiver Operation nicht der Gesamtzustand verändere. Ferner seien die neuen Diagnosen nicht für sich alleine zu betrachten, sondern in einen medizinischen Zusammenhang zu stellen, welcher aufzeige, dass die somatoforme Störung dadurch nicht – auch nicht in ihrem Ausmass – beeinflusst worden sei. Insgesamt sah sich das Gericht aufgrund der ungenügenden Aktenlage nicht in der Lage, über das Dossier zu entscheiden, weshalb es anordnete, die Akten seien durch eine pluri-disziplinäre Abklärung zu aktualisieren. d) Die IV-Stelle holte zunächst bei den behandelnden Ärzten Berichte ein. Der behandelnde Psychiater nannte am 10. Oktober 2011 (IV-Akten, S. 1054 ff.) eine depressive Episode (F34.9; wohl eher F32.9) bei chronischem Schmerzsyndrom sowie Zustand nach beidseitiger Lungenembolie (2008), Polytrauma (2002) und Lungentumor (2006). Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50%. Er erwähnte auch anhaltende psychosoziale Stressoren (wirtschaftliche Situation der Ehefrau [arbeitslos], Status nach Lungenembolie mit Todesangst, Sprachprobleme). Beigelegt war ein Bericht der G. _____ vom 30. März 2010 (IV-Akten, S. 1050 ff.), wo der Beschwerdeführer vom 22. Februar bis 13. März 2010 zur psychosomatischen Rehabilitation hospitalisiert gewesen war. Deren Ärzte gingen ebenso von einer Arbeitsfähigkeit von 50% aus. Die neue Hausärztin, Dr. med. K. _____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, bei welcher der Beschwerdeführer seit April 2010 in Behandlung ist, nannte am 13. Oktober 2011 (IV-Akten, S. 1060 ff.) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit das chronische Schmerzsyndrom mit depressiver Entwicklung, den bekannten Tumor, sowie eine insulinpflichtige Diabetes mellitus mit Polyneuropathie. Eine langsame Wiederaufnahme der Arbeit sei nur im geschützten Rahmen möglich. Beigelegt war ein Bericht des behandelnden Pneumologen vom 6. Oktober 2011 (IV-Akten, S. 1059), der von einem stationären Zustand berichtete. Auf dieser Grundlage wurde das Gutachten der C. _____ vom 5. Mai 2014 (IV-Akten, S. 1154 ff.) durch folgende Fachärzte erstellt: Dr. med. L. _____ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), Dr. med. M. _____ (Allgemeine Innere Medizin), Dr. med. N. _____ (Psychiatrie und Psychotherapie), Dr. med. O. _____ (Neurologie), Dr. med. P. _____ (Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin) sowie Dr. med. Q. _____ (Medizinische Onkologie und

Allgemeine Innere Medizin). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden chronische Kniebeschwerden links sowie ein Status nach Polytrauma Kantonsgericht KG Seite 8 von 12 2002 mit persistierenden Thoraxschmerzen links angegeben. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F 45.41), ein chronisches zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom, chronische Beschwerden im Bereich des dominanten rechten Handgelenks, Zustand nach wahrscheinlichem HWS-Distorsionsstrauma 2002 mit möglicher Commotio, eine mögliche beginnende diabetische Polyneuropathie, eine extraabdominale Fibromatose (Desmoid), ein Status nach Lungenembolien beidseits nach tiefer Venenthrombosen rechts 2008, eine Adipositas (BMI 31), eine insulinpflichtige Diabetes mellitus Typ II sowie ein Tinnitus links. Der bisherige Beruf sei nicht mehr möglich. Demgegenüber betrage die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren angepassten Tätigkeit 100%. Aus rein onkologischer Sicht habe von September 2006 bis Ende April 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ab Mai 2007 sei von einer schrittweisen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 100% auszugehen. Ferner wurde hinsichtlich der Kniebeschwerden gemäss einem Bericht des Freiburger Spitals vom 12. November 2012 (IV-Akten, S. 1152 f.) eine konservative Therapie in die Wege geleitet.

E. 4

a) Der Beschwerdeführer bestreitet zunächst zu Recht, dass ausschliesslich ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare Grundlage vorliege. Dies ist klarerweise nicht der Fall, wie es sich aus der relativ umfangreichen Diagnosenliste der C. _____ ergibt. Nur wurden die meisten Diagnosen als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angesehen. b) Zudem äussert er starke Kritik am aktuellen Gutachten der C. _____. Dieses sei nicht neutral, da die gleichen Gutachter wie bei der Vorbegutachtung zum Zug gekommen seien. Hierzu ist folgendes auszuführen: Zum einen schliesst der Umstand, dass sich ein Sachverständiger schon einmal mit einer Person befasst hat, dessen späteren Beizug als Gutachter nicht zum Vornherein aus und eine unzulässige Vorbefassung liegt auch dann nicht vor, wenn er zu (für eine Partei) ungünstigen Schlussfolgerungen gelangt (BGE 132 V 93 E. 7.2.2, zuletzt bestätigt in Urteil BGer 9C_434/2016 vom 14. Oktober 2016 E. 5.2). Zum anderen war die Abklärung von 2014 um einiges umfassender als diejenige von 2004 und wurde mit Ausnahme des psychiatrischen Teils (Dr. med. N. _____) durchwegs von anderen Ärzten vorgenommen, worauf der Beschwerdeführer bereits im Urteil vom 27. Juni 2013 betreffend die Wahl der Abklärungsstelle hingewiesen wurde. Konkrete Ausstandsgründe gegenüber Dr. med. N. _____ bringt der Beschwerdeführer denn auch jetzt nicht vor. Der Umstand allein, dass das Kantonsgericht Luzern in einem Urteil vom 3. März 2015 offenbar eine vom besagten Psychiater vorgenommene Abklärung als ungenügend und ohne Beweiskraft ansah, bedeutet gerade nicht, dass automatisch alle Abklärungen von diesem Gutachter keinen Beweiswert mehr haben. Zwar ist es richtig, dass im Gutachten 2004 die psychiatrischen Diagnosen unter denjenigen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit angegeben wurden, was heute nicht mehr der Fall ist. Im Detail wurde 2004 aber einzig eine um 20% reduzierte Leistungsfähigkeit festgehalten, die von der IV-Stelle auch heute berücksichtigt wird. Überdies ist es nicht zu beanstanden, dass der Psychiater keine Ausführungen zur einzig von der R. _____ (Gutachten vom 4. März 2004; IV-Akten, S. 204 ff.) erwähnten posttraumatischen Belastungsstörung gemacht hat, da diese Diagnose nicht von einem Facharzt der Psychiatrie gestellt worden war und dies

deshalb nicht berücksichtigt werden kann. Hinsichtlich des neurologischen Teils des Gutachtens ist darauf hinzuweisen, dass bereits im Gutachten von 2004 auf diesem Fachgebiet die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Arbeit als gegeben angesehen wurde. Auf die von der C. _____ erwähnte und vom Beschwerdeführer Kantonsgericht KG Seite 9 von 12 bestrittene Schmerzausweitung sowie demonstrative Schmerzverhalten wird weiter unten eingegangen. Ferner ist es nicht zu kritisieren, dass die Gutachter nicht im Detail auf ein älteres Unfallereignis von 1984 (zum Teil fälschlicherweise auf 1995 datiert) eingegangen sind, bei welchem der Beschwerdeführer offenbar auf den rechten Unterarm stürzte und seitdem Schmerzen in dieser Region hat, da dies zu keiner länger dauernden Arbeitsunfähigkeit führte und ihn nicht an der Ausübung seiner schweren Tätigkeit gehindert hat. Inwiefern dieser Unfall relevant sein soll, lässt er in seiner Beschwerde offen. Demgegenüber gab er anlässlich der Begutachtung klar wieder, die heutige Problematik habe mit dem Autounfall von 2002 begonnen. Dies ist auch den übrigen Unterlagen so zu entnehmen. Weiter verlangt der Beschwerdeführer, ihm seien alle notwendigen Akten zu edieren, welche aufzeigen würden, wie die Zufallsauswahl auf die C. _____ fiel. Diesbezüglich finden sich keine Akten im IV-Dossier. Dies ist zwar fragwürdig, wurde in der entsprechenden Richtlinie aber erst ab August 2012 vorgeschrieben (vgl. Rz. 2082.2 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI] in seiner Fassung bis zum 31. Dezember 2013). Der Beschwerdeführer wurde am 20. August 2012 (IV-Akten, S. 1076 f.) darüber informiert, dass die Begutachtung durch die C. _____ erfolge. Die Losziehung fand aber einige Monate vorher statt, da die IV-Stelle der C. _____ am 3. Mai 2012 (IV-Akten, S. 1071) das IV-Dossier zustellte, womit die vorgenannte Bestimmung auf den vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung kam. Überdies bemängelt der Beschwerdeführer, bei einem pluridisziplinären Gutachten sei das Abklärungsverfahren durch einen Neurologen, und nicht wie bei der C. _____ durch einen Internisten, zu führen. Gemäss der Rechtsprechung liegt die Verantwortung zur Organisation des Begutachtungsprozesses bei den Gutachtern (vgl. Urteil BGer 8C_261/2016 vom 27. Juni 2016 E. 4) und diesen steht bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (vgl. Urteil BGer 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Es oblag somit der C. _____ zu entscheiden, welcher der Fachärzte die Begutachtung führte und es ist auch nicht zu beanstanden, dass die Gutachter kein MRI, sondern einzig herkömmliche bildgebende Untersuchungen machten. Ferner kann ebenso der Einwand des Beschwerdeführers, ihm sei nicht erklärt worden, weshalb eine Laboruntersuchung notwendig sei, nicht gehört werden. Auch wenn die damit verbundene Blutprobe einen Eingriff in die persönliche Freiheit darstellt, handelt es sich dabei um eine Instruktionsmassnahme, die vom Versicherten im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht nach Art. 43 Abs. 2 ATSG verlangt werden kann (vgl. Urteil BGer 9C_732/2012 vom 26. November 2012 E. 4.2 mit Hinweisen). Auch besteht kein Grund, die Edition der Teilgutachten und Notizen der beteiligten Gutachten zu verlangen. So besteht im Rahmen einer Begutachtung grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen des Gutachters oder generell in das Gutachten vorbereitende Arbeitsunterlagen. Auch erscheint es hier nicht notwendig, diese Dokumente zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen des Gutachtens einzuholen. Ferner vermag auch der Umstand, dass "nur" ein Gesamtgutachten bzw. keine separaten Teilgutachten abgefasst wurden, für sich allein keinen Anspruch auf Herausgabe der internen Unterlagen zu rechtfertigen. Es genügt, wenn die fachärztlichen Teilgutachten in das Gesamtgutachten integriert werden und dieses von allen Teilgutachtern

unterschrieben wurde (vgl. Urteil BGer 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.2 mit Hinweisen), wie es hier der Fall ist. Kantonsgericht KG Seite 10 von 12 Schliesslich ist es zwar richtig, dass das aktuelle Gutachten Passagen aus dem alten Gutachten übernommen hat. Dies gilt für die Vorgeschichte zum Gutachten sowie hinsichtlich der Aktenzusammenfassung bis ins Jahr 2004, was nicht weiter zu beanstanden ist. Dass der Pneumologe fälschlicherweise davon ausging, dass nie ein Nikotinabusus stattgefunden habe, genügt ebenso nicht, dem Gutachten den Beweiswert abzuspochen. Vielmehr erfüllt dieses die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen. Es ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und die Beurteilung ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar, weshalb die IV-Stelle zu Recht dieses Gutachten berücksichtigt. Gleicher Ansicht war bereits der RAD am 22. Mai 2014 (IV-Akten, S. 1201). c) Im Vergleich zur Situation von 2005 hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiterentwickelt. Neben dem bekannten Schmerzsyndrom und der psychischen Problematik besteht zudem eine beginnende Polyneuropathie, der behandelte Tumor, ein Status nach beidseitiger Lungenembolie, Knieprobleme links, eine Diabetes sowie ein Tinnitus links. Es ist daran zu erinnern, dass das Auftreten von zusätzlichen Diagnosen nicht gleichbedeutend ist mit einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit. Die Experten attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der früher ausgeübten schweren Arbeit. Demgegenüber gingen sie in somatischer Hinsicht trotz der gestellten Diagnosen sowohl in internistischer, wie auch orthopädischer, neurologischer und pneumologischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Gleicher Meinung ist der Onkologe ab Ende der Behandlung des Tumors im Mai 2007. So ergaben die durch die C. _____ durchgeführte bildgebenden Untersuchungen (HWS und LWS) keine das Altersmass übersteigenden degenerativen Veränderungen, sondern einzig mässige degenerative Veränderungen der unteren HWS. Das gleiche gilt für ein Röntgen des Knies von 2013 und eine Aufnahme der Schulter von 2011. Die aktuelle Hausärztin geht zwar von einer Arbeitsfähigkeit von 50% aus, gibt als Diagnosen aber nur das chronische Schmerzsyndrom mit depressiver Entwicklung, den Tumor sowie die insulinpflichtige Diabetes an. Es muss davon ausgegangen werden, dass sie die Einschränkung vor allem in psychischer Sicht sieht. Die einzige relevante Einschränkung in somatischer Hinsicht mit länger dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellt damit die Tumorerkrankung dar. Diesbezüglich kam bis heute nicht zu einem Rezidiv des Tumors und die Prognose ist gut. Die IV-Stelle hat somit zu Recht wegen des Tumors lediglich eine befristete Rente zugesprochen. d) Was die Psyche betrifft, wurde früher namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.40) diagnostiziert. Aktuell geht der psychiatrische Gutachter von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F 45.41) aus und mithin weiterhin von einer Diagnose der Gruppe der somatoformen Störungen (F45) bzw. der anhaltenden Schmerzstörungen (F45.4). Der Gutachter verneinte das Vorliegen der ehemals zur Anwendung kommenden Förster-Kriterien und ging in psychischer Hinsicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Die IV-Stelle berücksichtigte demgegenüber zu Gunsten des Beschwerdeführers die im Gutachten der C. _____ von 2004 festgehaltene Leistungseinschränkung von 20%. Der Beschwerdeführer kritisiert, die Diskussion der Förster-Kriterien sei im Urteil nicht korrekt erfolgt. Es ist zwar richtig, dass diese relativ kurz ausfällt, aber es erübrigt sich, weiter darauf einzugehen, da auch unter Anwendung der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in

psychischer Hinsicht ausgegangen werden muss. Kantonsgericht KG Seite 11 von 12 Im Gutachten der C. _____ von 2004 wurde auf eine Aggravation und eine subjektive Krankheitsüberzeugung hingewiesen. In diesem Sinne äusserten sich ebenso der ehemalige Hausarzt (6. März 2006, IV-Akten, S. 380 f. sowie 6. Mai 2007, IV-Akten, S. 525 und 527 f.), Dr. med. J. _____ (20. September 2005, IV-Akten, S. 377 f. sowie 29. August 2006, IV-Akten, S. 434), das S. _____ (26. April 2006, IV-Akten, S. 404 f.) das T. _____ anlässlich einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (10. Dezember 2003; IV-Akten, S. 195 ff.) sowie Dr. med. E. _____ in seinem vorerwähnten Gutachten. Zwar hat der Beschwerdeführer anlässlich der letzten Hospitalisation in der G. _____ offenbar gut mitgearbeitet (vgl. vorerwählter Bericht vom 30. März 2010), und auch Dr. med. N. _____ erwähnte eine gute Kooperation während der aktuellen Begutachtung. Ein anderes Bild ergab sich beim Orthopäden und dem Neurologen. Ersterer gab beispielsweise ein nicht reproduzierbares Hinken links an, wobei im Widerspruch dazu der Zehengang links unter Schmerzangabe möglich sei, nicht aber rechts. Zudem erwähnte er ein thorakolumbales Gegenspannen bei der Wirbelsäulen-Untersuchung sowie den Umstand, dass die anfangs eingeschränkte Kopffrotation unter Ablenkung uneingeschränkt möglich sei. Auch spreche die fehlende Umfangsdifferenz zu Ungunsten der linken unteren Extremität gegen eine längerdauernde Schonung, wie es mit dem Hinken gezeigt werde. Gemäss dem Neurologen war die Prüfung der Motorik nur schwer möglich und in Diskrepanz dazu sei das Wiederankleiden problemlos möglich gewesen. Im Unterschied zur Untersuchung beim Orthopäden fiel der Beschwerdeführer beim Neurologen durch eine Minderbelastung des rechten Beines auf. Auch war der Lasègue bei Ablenkung negativ, bei expliziter Prüfung wurden aber Schmerzen (bei 60° rechts bzw. 45° links) angegeben. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer nur einmal im Monat seinen behandelnden Psychiater konsultiert, was nicht auf einen hohen psychischen Leidensdruck hinweist. Ferner besteht eine Diskrepanz zwischen den Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich der von ihm eingenommenen Medikamente sowie dem Ergebnis der Laboruntersuchung in der C. _____. Weiter ist von einer subjektiven Krankheitsüberzeugung auszugehen. Der Beschwerdeführer äusserte gegenüber der C. _____ die Ansicht, solange er unter seinen körperlichen Beschwerden leide, sei eine Arbeit nicht möglich. Darüber hinaus besteht keine psychiatrische Komorbidität. Dafür liegen psychosoziale Faktoren vor, worauf auch der behandelnde Psychiater in seinem vorerwähnten Bericht vom 10. Oktober 2011 hinweist. Psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren stellen für sich allein keine Gesundheitsbeeinträchtigungen dar, die zu einer Erwerbsunfähigkeit nach Art. 4 IVG führen. Je stärker solche Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine davon zu unterscheidende fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein, damit solche Faktoren ausnahmsweise als invalidisierend angesehen werden können (Urteil BGer 9C_272/2009 vom 16. September 2009 E. 5.2 mit Hinweisen; BGE 129 V 294 E. 5a), was hier nicht der Fall ist. All diese Punkte sprechen gegen einen objektivierbaren Gesundheitsschaden und die vom psychiatrischen Gutachter festgehaltene volle Arbeitsfähigkeit überzeugt ebenfalls im Licht der neuen Rechtsprechung, weshalb sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 erübrigt (vgl. in diesem Sinne Urteile BGer 9C_173/2015 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3 ff.; 8C_491/2015 vom 24. September 2015 E. 4.2.2; 8C_562/2014 vom 29. September 2015 E. 8.3). e) Hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrads bringt der Beschwerdeführer keine konkrete Kritik vor. Da es an der Sichtweise der IV-Stelle nichts

auszusetzen gibt, ergibt sich auch keine Änderung beim Invaliditätsgrad und die von der IV-Stelle vorgenommene Berechnung erweist sich als korrekt. Kantonsgericht KG Seite 12 von 12

E. 5

Weiter moniert der Beschwerdeführer, die IV-Stelle habe es vor Jahren verpasst, eine berufliche Eingliederung durchzuführen. Da vorliegend von einer subjektiven Krankheitsüberzeugung auszugehen ist, fehlt es dem Beschwerdeführer an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit, weshalb von vornherein kein Anspruch auf berufliche Massnahmen besteht (Urteil BGer 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 6.3).

E. 6

Zusammenfassend hat die IV-Stelle dem Beschwerdeführer zu Recht wegen der Tumorerkrankung für die Zeit vom 1. September 2006 bis zum 31. August 2007 eine ganze Invalidenrente zugesprochen. Vor- und nachher ist demgegenüber in einer angepassten Tätigkeit einzig von einer um 20% reduzierten Leistungsfähigkeit auszugehen, was nicht zu einem rentenrelevanten Invaliditätsgrad führt. Die Gerichtskosten zu Lasten des unterliegenden Beschwerdeführers werden auf CHF 800.- festgesetzt und werden mit dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Der mit seinen Anträgen unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen. II. Es werden Gerichtskosten in der Höhe von CHF 800.- zu Lasten von A. _____ erhoben. Diese werden mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. III. Es besteht kein Anspruch auf eine 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 bereits 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, 29. März 2017/bsc
Präsident Gerichtsschreiber-Berichterstatter

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