

FR_GERICHTE 605 2016 137 vom 17. Oktober 2017

FR Kantonsgericht, 2017-10-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_137

FR: FR_GERICHTE 605 2016 137 du 17 octobre 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 137 del 17 ottobre 2017

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 9. Juni 2016 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 9. Mai 2016 ist 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 eine Rente 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). 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 i. S. v. 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 Erwartbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49; 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus. Wie

Kantonsgericht KG Seite 4 von 9 jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes eine diagnostizierte Krankheit als solche noch keine Invalidität. Vielmehr muss unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht, insbesondere auch unter Berücksichtigung von zumutbaren Therapiemassnahmen, eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehen bleiben. Ausschlaggebend ist somit die zumutbare Willensanstrengung, die von einem Versicherten verlangt werden darf und muss (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, S. 77).

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 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 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 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). Insbesondere 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 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).

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 medizi-

nischen 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

Kantonsgericht KG Seite 5 von 9 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 auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc mit Hinweisen).

E. 3

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat bzw. ob die Angelegenheit für weitere Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen ist. a) Der Beschwerdeführer bringt vor, die Abklärungen beim D. _____ würden drei Jahre zurückliegen. Sein Gesundheitszustand habe sich in der Zwischenzeit drastisch verschlechtert. Dies werde von seinem behandelnden Psychiater, Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Deutschland), gemäss welchem eine Arbeitsunfähigkeit von 70%–80% vorliege, bestätigt. Er habe deshalb Anspruch auf eine ganze Rente. b) Die IV-Stelle stützt sich für ihren Entscheid auf den Assessment-Bericht des D. _____ vom 18. Juli 2013 (IV-Akten, S. 142 ff.) sowie die funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA) des D. _____ vom 26. August 2013 (IV-Akten, S. 169 ff.), durchgeführt von Dr. med. H. _____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, sowie Dr. med. I. _____ Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie. Dem Assessment-Bericht ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer über allgemeine Gelenkbeschwerden (Hüft, Knie, Ellbogen, Wirbelsäule) beklagte. Ferner fühle er sich sehr "down", er wolle aber nicht zu einem Psychiater. Der Beschwerdeführer erachte sich nicht mehr als arbeitsfähig und gebe allgemein nur vage Antworten. Alles habe seiner Ansicht nach mit den Leistenbrüchen (ca. 2003) begonnen. Gemäss der Case-Managerin sind keine Ressourcen ersichtlich. Die medizinische Situation sei unklar, vor allem die psychiatrische Seite sei zu wenig abgeklärt. Der Beschwerdeführer zeige ein auffälliges Verhalten. Gemäss der FOMA lagen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vor: Primär ein chronisches unspezifisches generalisiertes Schmerzsyndrom am Bewegungsapparat mit/bei Hüft- und Gesässschmerzen beidseits bei Status nach Hüft-TP links (2012), Hüft-TP rechts (2009), postoperativer Beckenasymmetrie (Beckentiefstand rechts ca. 1.5 cm, Beinlängenverkürzung rechts ca. 1 cm), chronischen lumbospondylogenen Syndrom bei Wirbelsäulenfehlform, normaler LWS-Beweglichkeit, beginnende mediale Pangenarthrose rechts. Ferner wurden ein Asthma bronchiale, eine Polyallergie sowie ein Status nach beidseitiger Inguinalhernienoperation (ca. 2000/2003) notiert. Aktuell präsentiere sich eine relativ unspezifische Schmerzchronifizierung mit Symptomausweitung. Die Leistungsbereitschaft wurde als fraglich zuverlässig beurteilt. Es gab Hinweise auf eine gewisse Selbstlimitierung, die Konsistenz bei den Tests war mässig. Insgesamt bestehe in einer angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit in Wechselpositionierung und Vermeidung von länger vorgeneigtem Stehen und der Arbeit über Kopf (manchmal möglich) eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer um 20% verminderten Leistungsfähigkeit wegen erhöhter Erschöpfbarkeit aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht. Aufgrund von psychischen Auffälligkeiten, auf die

weiter unten eingegangen wird, empfehlen sie weitere Abklärungen. c) Aus der Zeit vor der Begutachtung bei der D. _____ liegt, was die somatische Seite des Falls betrifft, ein durch den Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenes Gutachten vor. Die Gutachterin Dr. med. J. _____, Fachärztin FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt am 11. September 2012 (IV-Akten, S. 83 ff.) vergleichbare Diagnosen wie das D. _____ fest, mit Ausnahme der offenbar noch nicht

Kantonsgericht KG Seite 6 von 9 aktuellen Rückenbeschwerden. Innerhalb von 1–2 Monaten könne in einer angepassten, vor allem sitzenden Tätigkeit, eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Weiter liegen diverse Berichte von Dr. med. K. _____, Facharzt FMH für Chirurgie sowie orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor, welcher die linke Hüft- TP eingesetzt hatte. Dieser notierte in seinem Bericht vom 21. Juni 2012 (IV-Akten, S. 59 ff.) an die IV-Stelle einzig die Hüftproblematik und bestätigte eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 15. Februar bis 24. Juli 2012. Am 30. Oktober 2012 (IV-Akten, S. 91 f. u. 96 f.) erklärte er, der bisherige Beruf sei nicht mehr möglich. In einer angepassten leichten wechselbelastenden Arbeit bestehe eine um 20%–50% verminderte Leistungsfähigkeit, was er jedoch nicht weiter begründete. Am 30. Juli 2013 (IV-Akten, S. 151 f.) ging er von einem stationären Gesundheitszustand aus, nannte aber neu eine chronische Lumboischialgie auf der rechten Seite mit Facettenarthrose L4/L5 und L5/S1. Dennoch erachtete er die Wiederaufnahme einer Arbeit mit einer zunächst gewährten Leistungsminderung als möglich an, allenfalls sei dies sogar hilfreich für die muskulären Probleme. Die Gutachter des D. _____ haben somit alle damals vorliegenden gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers berücksichtigt und an ihrer Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit mit einer um 20% verminderten Leistungsfähigkeit bei der dargestellten Aktenlage ist nichts auszusetzen. So erachtete auch Dr. med. K. _____ eine Wiederaufnahme einer Arbeit als möglich. d) Aus den späteren medizinischen Unterlagen ergibt sich was folgt. Dr. med. L. _____, Facharzt FMH für Neurologie, erwähnte am 19. März 2014 (IV-Akten, S. 274), die neurologische Untersuchung sei bland. Die geltend gemachten Schmerzen seien wohl muskulär bedingt. Dr. med. M. _____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des N. _____, berichtete an 10. September 2014 (IV-Akten, S. 250 f.) zu Händen der IV-Stelle von einem neu hinzugekommenen beidseitigem Karpaltunnelsyndrom mit Rechtsbetonung. Ferner notiert er radikuläre Schmerzen und eine bekannte laterale Diskushernie L5/S1 rechts mit Verlagerung der Wurzel S1 sowie Diskopathie L1 und L2 gemäss einem MRI von 2009 (nicht in den Unterlagen). Er habe nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dr. med. O. _____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in seinem Bericht vom 13. Februar 2015 (IV-Akten, S. 305 f.) an die IV-Stelle nicht defizitäre Lumboischialgien in der L5-Region rechts bei multietageren degenerativen Veränderungen insbesondere Facettengelenksarthrose mit Hypertrophie des Ligamentum flavum L4/L5 und L5/S1 mit Foraminalstenose L5/S1 mehr rechts als links sowie mobiler Diskushernie L4/L5 mit Irritation der Nervenwurzel L5 beidseits. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte er sich nicht; es müsse die weitere Entwicklung abgewartet werden. In seinem Vorbericht vom 7. November 2014 (IV-Akten, S. 273) attestierte er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wobei angenommen werden muss, dass er sich hierbei auf die bisherige relativ schwere Arbeit als Dachdecker bezog. In einem weiteren Bericht vom 27. November 2015 (IV-Akten, S. 332 ff.) erklärte derselbe, die Situation habe sich verschlimmert und ein EMG habe eine chronische Irritation der

Wurzel L5 ergeben. Rein bezogen auf die lumbale Situation sei von einer um 20%–30% verminderten Leistungsfähigkeit auszugehen. Zu den Hüften könne er sich nicht äussern. Er schlug eine pluridisziplinäre Abklärung vor.

Kantonsgericht KG Seite 7 von 9 Ferner war der Beschwerdeführer in Folge eines plötzlich aufgetretenen Schwindels, diffusen Kopfschmerzen und Übelkeit nach Synkope kurzfristig im N. _____ hospitalisiert. Die durchgeführten Untersuchungen ergaben keine pathologischen Befunde. Bei den Nebendiagnosen wurden linksthorakale Schmerzen und Druckgefühl notiert (vgl. Bericht vom 29. August 2014; IV-Akten, S. 277 f.). In der Folge fand eine umfassende kardiologische Abklärung statt. Dem Bericht von Dr. med. P. _____, Facharzt für Kardiologie (Deutschland) sowie Allgemeine Innere Medizin (Deutschland) vom 27. April 2015 (IV-Akten, S. 324 ff.) ist zu entnehmen, dass offenbar seit einem Jahr ein Tinnitus vorliegt. Ein durchgeführtes Stressecho ergab eine volle Leistungsfähigkeit. Im Übrigen wurde eine leichte Sinustachykardieneigung festgehalten, welche ätiologisch nicht vollständig geklärt sei. Trotz der körperlichen Arbeit auf dem Hof und der muskuloskelettären Beschwerden solle soweit möglich ein Aufbautraining, z. B. auf dem Home-Velo, aufgebaut werden. Der Kardiologe attestierte keine Arbeitsunfähigkeit. e) Somit bestehen beim Beschwerdeführer neu ein Tinnitus sowie ein beidseitiges Karpal-tunnelsyndrom. Der Beschwerdeführer ist jedoch daran zu erinnern, dass das Auftreten von zusätzlichen Diagnosen nicht gleichbedeutend ist mit einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich dieser Diagnosen wurde in den vorliegenden Akten keine Arbeitsunfähigkeit festgehalten. Weiter können die Berichte des Hausarztes, Dr. med. Q. _____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, nicht berücksichtigt werden. Dieser hielt im Bericht vom 9. September 2013 (IV-Akten, S. 204 ff.) zu Händen der IV-Stelle fest, eventuell liesse sich die Situation durch eine psychiatrische Behandlung verbessern. Nachdem der Beschwerdeführer diese aufgenommen hatte, verneinte der Hausarzt am 23. Dezember 2014 (IV-Akten, S. 280 ff.) ohne jegliche Begründung die Zumutbarkeit einer anderen Arbeit. Der Beschwerdeführer sehe sich dazu nicht in der Lage, was klar nicht genügen und deshalb nicht berücksichtigt werden kann. Am 11. September 2015 (IV-Akten, S. 320 f. u. S. 329) erklärte der Hausarzt, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, die Diagnosen seien aber dieselben. Der Tinnitus sei schlimmer geworden. Erneut verneinte er ohne jegliche Begründung die Zumutbarkeit einer angepassten Arbeit. Demgegenüber hat sich die Situation in der Lumbalregion seit der Begutachtung im D. _____ weiterentwickelt. Das D. _____ notierte einzig ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Wirbelsäulenfehlform und normaler LWS-Beweglichkeit. Das D. _____ nahm keine Röntgenaufnahmen vor, sondern bezog sich diesbezüglich auf die Aussagen von Dr. med. J. _____, welche jedoch keine bildgebenden Abklärungen betreffend den Rücken vornahm. Zudem stand damals eindeutig die Hüftproblematik im Vordergrund, weshalb davon ausgegangen werden muss, dass sich die vom D. _____ festgehaltene Leistungsminderung von 20% hauptsächlich auf diese Problematik bezog. Zwar nannte Dr. med. M. _____ in seinem vorerwähnten Bericht vom 10. September 2014 radi-kuläre Schmerzen und eine bekannte laterale Diskushernie L5/S1 rechts mit Verlagerung der Wurzel S1 sowie Diskopathie L1 und L2 gemäss einem sich nicht in den Akten befindlichen MRI aus dem Jahr 2009. Damit lag offenbar beim Beschwerdeführer seit längerem eine Rückenproblematik vor, die aber nicht symptomatisch bzw. nicht in relevanter Art und Weise symptomatisch war. Dr. med. O. _____ seinerseits wies am 13. Februar 2015 auf multietagere degenerative Veränderungen, insbesondere eine Facettengelenksarthrose mit Hypertrophie des Ligamentum

flavum L4/L5 und L5/S1 mit Foraminalstenose L5/S1 mehr rechts als links sowie mobiler Diskushernie L4/L5 mit Irritation der Nervenwurzel L5 beidseits hin, schätzte diese Lumboischialgien in der L5-

Kantonsgericht KG Seite 8 von 9 Region rechts aber nicht als defizitär ein. Aufgrund der durch EMG bestätigten chronischen Reizung der Wurzel L5 ging er, rein bezogen auf die lumbale Situation, von einer um 20%–30% verminderten Leistungsfähigkeit aus. Deshalb kann der Bericht von Dr. med. R. _____, Facharzt FMH für Anästhesiologie des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (nachfolgend: RAD), vom 19. Januar 2016 (IV-Akten, S. 341 f.), worin dieser in Kenntnis der dargestellten Unterlagen die Meinung vertrat, die aktuellen Berichte würden keine objektive Verschlechterung aufzeigen, die zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit führen würden, nicht überzeugen. So kann klar nicht gesagt werden, Dr. med. O. _____ gehe von einer um 20%–30% verminderten Leistungsfähigkeit aus, was vergleichbar mit der Meinung des D. _____ sei, da – wie gesehen – Dr. med. O. _____ bereits wegen der lumbalen Problematik von einer um 20%–30% verminderten Arbeitsunfähigkeit ausgeht, wohingegen die um 20% verminderte Leistungsfähigkeit des D. _____ vorwiegend die damals im Vordergrund stehende Hüftproblematik betraf. Somit ist bei dieser Aktenlage nicht auszuschliessen, dass die körperlichen Beschwerden des Beschwerdeführers zu einer höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, als vom D. _____ angenommen und ebenso kann eine objektivierte Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht ausgeschlossen werden. f) Was die psychische Seite betrifft, wurde schon im vorerwähnten Assessment-Bericht darauf hingewiesen, der Fall sei in psychiatrischer Hinsicht zu wenig abgeklärt. Dies wurde anlässlich der FOMA bestätigt. So lag gemäss den Gutachtern ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung (anamnestisch depressive Phasen, Angst- und Panikattacken) sowie auf eine psychische Überlagerung der chronifizierten Beschwerden vor mit chronischer Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit bis hin zu möglicherweise depressivem Erscheinungsbild bei Verlangsamung des Versicherten sowohl im Bewegungsablauf als auch im Denken. Sie empfahlen deshalb eine psychiatrische sowie neuropsychologische Abklärung. Dr. med. S. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, teilte am 30. September 2013 (IV-Akten, S. 217 f.) diese Ansicht nicht. Eine Begutachtung sei nicht lösungsorientiert. Vielmehr solle der Beschwerdeführer während einem Zeitraum von sechs Monaten wöchentlich einer psychiatrischen Behandlung folgen. Die IV-Stelle erliess in diesem Sinne am 14. Oktober 2013 eine Aufforderung zur Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht. Der Beschwerdeführer begab sich darauf in psychiatrische Behandlung. Der behandelnde Psychiater erklärte am 1. Juli 2014 (IV-Akten, S. 228 f.), abgesehen von einer gewissen Apathie und Hoffnungslosigkeit, lägen in psychischer Hinsicht keine Auffälligkeiten vor. Im Widerspruch zu dieser Angabe ging er ohne weitere Begründung von einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 20%–30% aus. Mit Ausnahme einer aktuell offenbar nicht ausgeprägten rezidivierenden Depression, bestehend seit 2003, hielt er einzig somatische Diagnosen fest. Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass er der Ansicht ist, der Beschwerdeführer sei aus somatischen Gründen nur noch in einem geringen Grad arbeitsfähig. Zur somatischen Seite des Falls hat er sich als Facharzt der Psychiatrie aber nicht zu äussern, weshalb dieser Einschätzung nicht gefolgt werden kann. Die gleiche Problematik besteht bei seinen übrigen Berichten. Am 4. Februar 2015 (IV-Akten, S. 293 ff.) gab er an, der Beschwerdeführer komme halbjährlich zur Konsultation und bestätigte seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, da der Beschwerdeführer aus orthopädisch/

neurologischen Gründen invalid sei. Keine neuen Angaben ergeben sich aus seinem Bericht vom

E. 8

Juni 2016 (zusammen mit der Beschwerde eingereicht).

Kantonsgericht KG Seite 9 von 9 g) Damit erweist sich der Fall als ungenügend abgeklärt. Die Angelegenheit ist für eine Ergänzung des Gutachtens des D._____ (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4) an die IV-Stelle zurückzuweisen. So stellt sich die Frage, ob aufgrund der im lumbalen Bereich festgestellten Veränderungen und des Zeitablaufs seit dem Gutachten des D._____ nicht von einem grösseren Einfluss der somatischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Zudem wäre es, obwohl gemäss den dargelegten Ansichten des behandelnden Psychiaters in psychiatrischer Hinsicht keine relevanten Probleme vorliegen, allenfalls sinnvoll, den Beschwerdeführer dennoch auch psychiatrisch zu begutachten, da die Gutachter des D._____ doch sehr deutlich auf eine psychische Komponente hingewiesen haben. 4. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Angelegenheit für weitere Abklärungen und Neuentscheidungen an die IV-Stelle zurückzuweisen ist. Die Verfügung vom 9. Mai 2016 wird aufgehoben und die Beschwerde wird gutgeheissen. Die Gerichtskosten werden auf CHF 800.- zu Lasten der IV-Stelle festgesetzt. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 800.- zurückzuerstatten. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A._____ wird gutgeheissen. Die Angelegenheit wird im Sinne der Erwägungen an die Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg zurückgewiesen. II. Es werden Gerichtskosten von CHF 800.- zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg erhoben. A._____ wird der geleistete Kostenvorschuss von CHF 800.- zurückerstattet. III. 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, 17. Oktober 2017/bsc Präsident Gerichtsschreiber-Berichterstatter

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