

FR_GERICHTE 605 2017 138 vom 14. September 2018

FR Kantonsgericht, 2018-09-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_138

FR: FR_GERICHTE 605 2017 138 du 14 septembre 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 138 del 14 settembre 2018

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 15. Juni 2017 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 15. Mai 2017 ist durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutz- würdiges Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob er Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2.1

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.

E. 2.2

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 Förderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 3.7.1 mit Hinweisen).

E. 2.3

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

Kantonsgericht KG Seite 4 von 11 in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3). Falls die IV nach einer erstmaligen Rentenablehnung auf eine Neuanmeldung eintritt, so ist analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten materiellen Abweisung eines Gesuchs in einer anspruchrelevanten Weise verändert haben (BGE 130 V 71 E. 3.1).

E. 2.4

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). Den medizinischen Akten kommt diesbezüglich ein höherer Stellenwert zu als den während einer beruflichen Abklärung gemachten Feststellungen (Urteil BGer 9C_631/2007 vom 4. Juli 2008 E. 4.1). Die medizinischen Unterlagen erlauben eine objektive Beurteilung des Falles wohingegen die anlässlich einer beruflichen Abklärung gemachten Feststellungen durch subjektive, mit dem Verhalten des Versicherten zusammenhängenden, Elemente beeinflusst sein können (Urteil BGer 8C_451/2012 vom 28. Mai 2013 E. 4 mit Hinweisen). 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).

E. 2.5

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

Kantonsgericht KG Seite 5 von 11 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 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). Auf Stellungnahmen der RAD kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweismittelrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen. Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil BGer 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen). Ferner besteht auch unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte kein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung. Eine solche ist indessen aber anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135

V 465 E. 4). Auch reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteile EVG U 198/06 vom 31. August 2006 E. 3.3 mit Hinweisen; U 548/00 vom 24. Oktober 2001).

E. 3

Es ist streitig, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Im Rahmen einer Neuanschuldung setzt eine Rentenzusprache eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche entweder in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verminderter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine relevante Änderung dar (BGE 112 V 371

Kantonsgericht KG Seite 6 von 11 E. 2b; in BGE 136 V 216 nicht publizierte E. 3.2 des Urteils 8C_972/2009, publiziert in SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1 mit Hinweis). Zu prüfen ist daher, ob seit der letzten, das Leistungsbegehren abweisenden Verfügung vom 25. Juni 2015 eine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung eingetreten ist.

E. 3.1

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass allein eine psychische Problematik vorliegt, weshalb im Folgenden nur diese behandelt wird. Für die rechtskräftige rentenablehnende Verfügung vom 25. Juni 2015 stützte sich die IV-Stelle namentlich auf die beiden Gutachten D. _____ von 2013 und 2015. Dieser ging in seinem Gutachten vom 16. Mai 2013 (IV-Akten, S. 237 ff.) an die Helsana von einer kombinierten Anpassungsstörung (F43.28) bei einer vorbestehenden ängstlich-akzentuierten und im zwischenmenschlichen Umgang als nicht unkompliziert und nicht gerade stresstolerant beschriebene Persönlichkeit (Z73.1) aus. Die Problematik habe sich zunächst vorwiegend in depressiver Gestalt geäussert. Heute liege die Störung in einer neurasthenischen, leicht depressiven und autonom-somatoformen (Schwitzen, Erbrechen, Nausea) Form vor. Die stattgefundene Chronifizierung sei im Zusammenhang mit einem sekundären Krankheitsgewinn zu sehen. Der Beschwerdeführer sei in seinem Auftreten spürbar selbstlimitiert. Es gebe keine Zweifel an der Compliance. Bis zum Abschluss der Behandlung in der Tagesklinik sei (zwangsläufig) von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Im Hinblick auf die bisherige langjährige, ununterbrochene Arbeitstätigkeit seien aufgrund der Art der Erkrankung keine objektivierbaren, längerfristig die Prognose einschränkende Gründe zu sehen. In seinem Gutachten vom 30. Mai 2015 an die IV-Stelle, welches somit entgegen den Angaben des Beschwerdeführers bereits bei der ersten Rentenablehnung vom 25. Juni 2015 vorlag, hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer präsentiere sich in deutlich ausgeprägter Leidenshaltung, welche schon beim betont langsamen Treppensteigen bis zur Praxistüre erkennbar sei. Demgegenüber seien seine Gesichtszüge im Laufe des Gesprächs erstaunlich heiter, gelassen und nicht leidensgeprägt. Er mache einen deutlich selbstlimitierenderen Eindruck als 2013 und zeige inhaltlich eine permanente und überdeutliche Selbstmitleidshaltung. Eine an einer Depression leidende Person trachte ihr Leiden eher zu vertuschen, als es vor Drittpersonen auszubreiten. Die Befunde würden vielmehr für ein innerfamiliär toleriertes und nun fixiert wirkendes Krankenrollenverhalten mit angelernter Passivität, als für eine relevante depressive Erkrankung sprechen. Es liege

weiterhin eine kombinierte Anpassungsstörung (F43.28) vor, wobei die neurasthenische Komponente an Bedeutung gewonnen habe. Ein ernsthaftes depressives Zustandsbild könne verneint werden. So breche eine schwer depressive Person kaum eine vom behandelnden Psychiater in die Wege geleitete Hospitalisation aus eigenem Antrieb nach einer Woche ab. Die in den Akten mehrmals erwähnte Angststörung sei nicht spürbar. Insgesamt liege keine die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränkende psychiatrische Erkrankung vor. Im Übrigen ergibt sich aus den Akten, dass der behandelnde Psychiater, Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer bereits vom Juni 2006 bis Juni 2007 wegen einer depressiven Episode behandelt hatte, am 29. August 2012 (IV- Akten, S. 369 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) sowie eine seit Jahren bestehende generalisierte Angststörung (F41.1) diagnostizierte. Gemäss seinem Folgebericht vom 16. November 2012 (IV-Akten, S. 320 ff.) hatte sich die Depression deutlich verbessert (leichte bis mittelgradige Episode). Da sich der Zustand in der Folge nicht weiter besserte, überwies er den Beschwerdeführer ins

Kantonsgericht KG Seite 7 von 11 G._____. Dieses verliess der Beschwerdeführer aus eigenem Antrieb nach einer Woche. Ab dem 25. Februar 2013 wurde er von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, damals Assistenzarzt, der I._____ betreut. Dieser hielt am 26. April 2013 (IV-Akten, S. 264 ff.) wiederum eine mittlere bis schwere Episode fest, notierte aber gleichzeitig, der Beschwerdeführer nehme an den therapeutischen Aktivitäten aktiv teil. Im Folgebericht vom 28. November 2013 (IV-Akten, S. 170 ff.) erklärten die Ärzte der I._____, beim Austritt am 28. Juni 2013 habe noch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) vorgelegen. Der Beschwerdeführer sei stark motiviert für Wiedereingliederungsmassnahmen und den Wiedereinstieg in den freien Arbeitsmarkt. Demgegenüber bestehe eine gewisse Passivität, ein niedriges Anpassungsvermögen sowie eine gewisse Sturheit, vor allem bei einer unvorhergesehenen Umstellung des gewohnten Umfeldes. Am 15. Oktober 2013 ging der behandelnde Psychiater neu von einer ängstlich, vermeidenden Persönlichkeitsstörung (F60.6) und einer Anpassungsstörung (F43) aus, begründet den Diagnosewechsel aber nicht weiter (IV- Akten, S. 209 ff.).

E. 3.2

Zusammen mit seiner Neuanmeldung vom 14. Mai 2016 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht seines aktuellen – seit dem 25. Januar 2016 – behandelnden Psychiaters Dr. med. E._____ ein. Dieser ging primär von einer Persönlichkeitsstörung vom gemischten Typ (F61.0) mit anankastischen, ängstlichen, abhängigen Anteilen sowie emotionalen Instabilitäten im Sinne eines "offenen Borderline" aus. Weiter hielt er eine rezidivierende depressive Störung (F33.1), eine generalisierte Angststörung (F41.1) sowie die von Dr. med. F._____ erwähnte ängstliche Persönlichkeitsstörung (F60.6) fest. Der Beschwerdeführer habe während der Kindheit, Jugend und Soldatenzeit diverse Traumata erlitten. Verzweiflung und Resignation würden das heute erlebte Gefühls- und Erwartungsbild prägen. Seit mindestens Sommer 2015 sei von einer deutlichen Verschlechterung mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ein Integrationsversuch bei der J._____ bestätige in katastrophal klarer Weise die Situation (Bericht vom 25. April 2016; IV-Akten, S. 98 ff.). Am 2. November 2016 (IV-Akten, S. 96 f.) befand der RAD-Psychiater Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dieser Bericht lege eine Änderung des Gesundheitszustandes nicht

glaubhaft dar. Weder würden neue Erkenntnisse noch begründete Widerlegungen bzw. Befunde vorgelegt, die nicht bekannt gewesen seien. Am 19. Dezember 2016 (IV-Akten, S. 61 ff.) bestätigte Dr. med. E._____ seine Diagnosen. Die Kindheit und Jugend seien durch Verlassenheit und gewalttätige körperliche Übergriffe geprägt gewesen, über die der Beschwerdeführer kaum sprechen könne, da sonst Intrusionen, Ängste, Schlafstörungen und körperliche Schmerzen ausgelöst würden. Er sei schnell von alten Traumenerinnerungen überflutet. Konzentration, Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit und Fahrtauglichkeit seien eingeschränkt. Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin des RAD (nachfolgend: RAD-Arzt) hielt am 28. Februar 2017 (IV-Akten, S. 41 ff.) fest, zunächst habe von März bis höchstens Ende 2012 eine schwere depressive Episode (F32.2) sowie eine generalisierte Angststörung (F41.1) bestanden. Danach sei von einer kombinierten Anpassungsstörung (F43.28) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. Seit Anfang 2013 würden keine funktionellen Einschränkungen vorliegen. Seit diesem Zeitpunkt müsse in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit bzw. Eingliederungspotential ausgegangen werden.

Kantonsgericht KG Seite 8 von 11

E. 3.3

Der Beschwerdeführer kritisiert, die IV-Stelle habe einzig diese Aktenbeurteilung des RAD eingeholt und stütze sich primär auf diese ab. Der RAD-Arzt habe keine persönliche Untersuchung vorgenommen, verfüge als Facharzt der Allgemeinen Inneren Medizin für die vorliegende rein psychische Problematik nicht über die notwendigen Fachkenntnisse, der Bericht bestehe nur aus einigen wenigen Sätzen ohne eigentliche Diskussion der sich diametral widersprechenden Akten und der RAD-Arzt begründe seine Ansicht nicht weiter. Ebenso genüge der Bericht des RAD-Psychiaters den höchsttrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts nicht vollständig. Entgegen der Ansicht der IV-Stelle gehe der aktuelle behandelnde Psychiater von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Auch könne die Leistungsablehnung nicht gestützt auf das Gutachten D._____ von 2015 erfolgen. Dieses sei wegen der zwischenzeitlich eingetretenen deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht mehr aktuell und der Gutachter habe es unterlassen, die verschiedenen ärztlichen Meinungen zu diskutieren. Zunächst ist festzuhalten, dass die IV-Stelle ihrer Abklärungspflicht im Rahmen der Neuanmeldung nachkam. Neben der RAD-Aktenbeurteilung verlangte sie ebenso beim aktuellen behandelnden Psychiater (vorerwähnter Bericht vom 19. Dezember 2016), bei Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Endokrinologie-Diabetologie (Bericht vom 19. Dezember 2016, IV-Akten, S. 56 ff.) sowie beim Hausarzt Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Bericht vom 7. Januar 2017, IV-Akten, S. 44 ff.) einen Bericht ein. Letzterer legte weitere hier nicht relevante Berichte von Fachärzten (Kardiologie, Pneumologie) bei. Weiter ist nicht zu kritisieren, dass der RAD-Arzt keine persönliche Untersuchung vorgenommen hat, da eine solche eben gerade nicht zwingend ist. Demgegenüber ist es zwar korrekt, dass es sich beim RAD-Arzt nicht um einen Facharzt der Psychiatrie handelt. Dennoch kann seinen Ausführungen gefolgt werden. So hielt er korrekt fest, zunächst habe von März bis höchstens Ende 2012 eine schwere depressive Episode (F32.2) sowie eine generalisierte Angststörung (F41.1), danach eine kombinierte Anpassungsstörung (F43.28) vorgelegen. Ferner ging er zu Recht von einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts aus. Dies

gestützt auf die Ansicht des RAD- Psychiaters, wonach der Bericht E. _____ vom April 2016 keine neuen Erkenntnisse enthalte, auch wenn jener es unterliess, dies eingehend zu begründen und zu den gestellten Diagnosen Stellung zu nehmen. Zum anderen hielt Dr. med. E. _____ keine eigentliche neue Diagnose fest. So nannte er neben der zuletzt auch von Dr. med. F. _____ erwähnter Persönlichkeits- störung die bekannten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer generalisierten Angststörung. Ferner notierte auch der Hausarzt in seinem vorerwähnten Bericht vom 7. Januar 2017 einzig seit Jahren bestehende psychiatrische Diagnosen. Weiter geht Dr. med. E. _____ seit mindestens Juni 2015 von einer vollständigen Arbeits- unfähigkeit aus. Als primäre Diagnose nennt er eine seit Jahren bestehende Persönlichkeits- störung und gibt damit selber zu verstehen, dass es sich hier um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts handelt. Doch auch wenn diese primäre Diagnose als neu angesehen würde, könnte ihm nicht gefolgt werden. So begründet er diese mit während der Kindheit, Jugend und Militärzeit erlebten Traumen, wobei er dies weder mit konkreten Beispielen noch mit einer umfassenden Anamnese belegt. Eine Persönlichkeitsstörung beginnt normalerweise in der Kindheit bzw. Jugend und hält im Erwachsenenalter an. Aus den umfangreichen Unterlagen ergeben sich aber – abgesehen von der ersten depressiven Episode 2006/2007 – keine Hinweise auf eine relevante psychische Auffälligkeit vor der aktuellen, seit März 2012 bestehenden Störung bzw. auf erlebte Traumen. Vielmehr erwähnte die O. _____, wo für die Helsana ein ambulantes Assessment durchgeführt worden war, am 11. Juli 2012 (IV-Akten, S. 393 ff.), der Beschwerdeführer habe gemäss seinen Angaben eine gute und harmonische

Kantonsgericht KG Seite 9 von 11 Kindheit gehabt. Dies erklärte der Beschwerdeführer ebenso anlässlich der Begutachtung im Jahr 2013, wobei der Gutachter ihn als kooperativ und informationswillig beschrieb. Seine Kindheit sei gut gewesen. Der Vater habe ihn nur einmal geschlagen, als er nicht zur Schule wollte. Hinsichtlich des Militärdienstes gab er einzig an, dieser habe ihm nicht gefallen. Während der depressiven Episode von 2006/2007 habe er ein gutes Vertrauensverhältnis zu seinem früheren Psychiater Dr. med. F. _____ aufbauen können. Doch auch dieser wies nie auf früher erlebte Traumen hin. Ferner spricht ebenfalls die Lebensgeschichte des Beschwerdeführers, der seit 1992 verheiratet ist und drei Kinder hat, klar gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. So erlebte er eine gute Kindheit, schloss in seinem Heimatland erfolgreich die Ausbildung zum Primarlehrer ab und hat nach seiner Ankunft in der Schweiz Mitte Mai 1989 seit Juni 1989 gearbeitet, zuletzt seit 1999 beim gleichen Arbeitgeber. Diesbezüglich hielt der Schadensinspektor der Helsana am 30. Mai 2012 (IV-Akten, S. 388 ff.) fest, bis 2010 habe der Beschwerdeführer sehr gute Mitarbeiter- gespräche gehabt, alle seien sehr zufrieden mit ihm gewesen. Weiter bestätigt sich die von Dr. med. E. _____ festgehaltene komplette Arbeitsunfähigkeit entgegen seiner Ansicht nicht mit den Einsatzberichten der J. _____. Dieser Arbeitsversuch auf Initiative des Sozialdienstes (vgl. IV-Akten, S. 74) dauerte vom 1. April bis 15. Juni 2015. Aus den zwei Einsatzbeurteilungen vom 21. April (IV-Akten, S. 80 f.) sowie 15. Juni 2015 (IV-Akten, S. 75 ff.) ergibt sich, dass der Beschwerdeführer an 15 von 53 Arbeitstagen entschuldigt abwesend war, was zu einem effektiven Arbeitspensum von 14% (Soll 20%: täglich von 13.00 bis 14.45) führte. Einsatzbereitschaft und Verfügbarkeit sowie Leistung und Qualität der Arbeit würden nicht den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes entsprechen. Während der Massnahme sei keine Verbesserung bezüglich Arbeitsleistung, Motivation oder Ausdauer festgestellt worden. Demgegenüber wurde im Anhang zur Zielbeurteilung angegeben, er sei kooperativ, hinsichtlich seines Auftretens und

seinen Umgangsformen korrekt, umgänglich und zuverlässig. Er halte sich an Vereinbarungen, sein Erscheinungsbild sei sauber und gepflegt. Die Verständigung sei problemlos gewesen. Er sei jeweils pünktlich gewesen, die Arbeitsqualität im Allgemeinen gut, der Umfang mit Maschinen im Allgemeinen fachgerecht sowie die Arbeitssicherheit/Körperhaltung durchwegs den Vorgaben entsprechend. Auch wenn diese Berichte nicht den gleichen Beweiswert wie ein Arztbericht haben, sprechen all diese positiven Punkte gegen eine zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führenden psychischen Erkrankung. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass der Hausarzt in seinem vorerwähnten Bericht vom 7. Januar 2017 explizit festhielt, im grossen und ganzen sei der Beschwerdeführer unverändert davon überzeugt, er sei unheilbar "kaputt", er werde nie mehr gesund oder arbeiten können, weshalb von einer schlechten Prognose auszugehen sei. Damit ist, wie es auch der Gutachter mehrmals festhielt, von einer subjektiven Krankheitsüberzeugung auszugehen, weshalb auch die vom Beschwerdeführer während der Abklärung gezeigte Leistung in Zweifel gezogen werden muss und dazu führte, dass der Arbeitsversuch bei der J. _____ ungenügend ausfiel. Keine neuen Erkenntnisse ergeben sich zudem aus dem zusammen mit der Beschwerde eingereichten Bericht von Dr. med. E. _____ vom 10. Juni 2017 (IV-Akten, S. 19 ff.). Darin beantwortet er nicht bekannte Fragen des Rechtsvertreters und bekräftigt ausführlich seine Meinung, wiederum ohne konkrete Beispiele, wonach die aktuelle Situation auf zahlreiche erlebte Traumata zurückzuführen sei, was sich den Unterlagen eben gerade nicht entnehmen lässt. Weiter erwähnte er, der Beschwerdeführer habe einmal fluchtartig die J. _____ verlassen müssen, als er dort eine gewalttätige Auseinandersetzung habe mit ansehen müssen. Hierzu ist zu bemerken, dass der Arbeitsversuch bei der J. _____ vom 1. April bis 15. Juni 2015 erfolgte, mithin mehrere Monate bevor sich der Beschwerdeführer zu Dr. med. E. _____ in Behandlung begab. Auch ist

Kantonsgericht KG Seite 10 von 11 der Vorfall im Dossier nicht belegt, insbesondere fehlt ein entsprechender Hinweis in den Leistungsbeurteilungen der J. _____. Aus den vorgenannten Gründen überzeugen deshalb die Berichte von Dr. med. E. _____ nicht und ihnen kann nicht gefolgt werden. Damit ist eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen, wie es ebenfalls die IV-Stelle festgestellt hat und es ist vielmehr von einer anderen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes auszugehen. Schliesslich ist auf die gegen das Gutachten von Dr. med. D. _____ von 2015 geäusserte Kritik nicht weiter einzugehen, da dieses anlässlich des Verfahrens, welches zur ablehnenden und rechtskräftigen Leistungsverfügung von 2015 führte, erstellt worden ist. Im Übrigen verhält sich der Beschwerdeführer insoweit widersprüchlich, als er dem Gutachten aufgrund von Verständigungsproblemen den Beweiswert absprechen will und gleichzeitig die Berichte des behandelnden Psychiaters als beweiskräftig ansieht, bei welchem ebenfalls kein Dolmetscher anwesend war.

E. 4

Zusammenfassend hat die IV-Stelle zu Recht den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut abgewiesen, da im Vergleich zur Situation anlässlich des Erlasses der Verfügung vom 25. Juni 2015 keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Die Beschwerde ist abzuweisen und die Verfügung vom 15. Mai 2017 zu bestätigen. Die Gerichtskosten zu Lasten des unterliegenden Beschwerdeführers werden auf CHF 800.- festgesetzt und sind mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in der gleichen Höhe zu verrechnen. Der mit seinen Anträgen

unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Partei- entschädigung.
(Dispositiv auf der nächsten Seite)

Kantonsgericht KG Seite 11 von 11 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 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 einge- reicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerde- 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 Bundes- gericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 14. September 2018/bsc Der Präsident: Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter:

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