

FR_GERICHTE 605 2020 185 vom 23. April 2021

FR Kantonsgericht, 2021-04-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_185

FR: FR_GERICHTE 605 2020 185 du 23 avril 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 185 del 23 aprile 2021

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 11. September 2020 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 13. Juli 2020 ist form- und fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozi- alversicherungsgerichtshof, 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 Bundes- gesetzes 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 Erwerbs- unfähigkeit 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). Die Anerkennung des Vorliegens einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit setzt auch eine fachärztliche auf der Grundlage der Kriterien eines

anerkannten Klassifikationssystems gestellt-

Kantonsgericht KG Seite 4 von 11 te Diagnose voraus (BGE 141 V 281 E. 2.1 und 2.1.1 mit Hinweisen). Grundsätzlich müssen alle psychischen Störungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 unterzogen werden (BGE 143 V 418). So muss der behindernde Charakter psychischer Gesundheitsstörungen im Rahmen einer Gesamtuntersuchung unter Berücksichtigung verschiedener Indikatoren, einschließlich der funktionellen Einschränkungen und Ressourcen des Versicherten sowie des Kriteriums der Resistenz der psychischen Störung gegenüber einer ordnungsgemäss durchgeführten Behandlung, festgestellt werden (BGE 143 V 409 E. 4.4).

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 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 Neuanschuldung eintritt, so ist analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten materiellen Abweisung eines Gesuchs in einer anspruchsrelevanten 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). 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 Arbeitsmarktla- ge 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 Verhält- nisse 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 berücksichti- gen sind (vgl. BGE 129 V 222).

Kantonsgericht KG Seite 5 von 11

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 würdi- gen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Jedoch kann auch reinen Aktengutachten voller Beweis- wert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Dies gilt auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahme regionaler ärztlicher Dienste (vgl. Urteil BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1 mit Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftrags- rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc mit Hinweisen). Dies gilt auch für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erforder- nis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil BGer 8C_913/2013 vom 11. April 2014 E. 4.4.3 mit Hinweisen).

E. 2.6

Schliesslich besteht im Sozialversicherungsrecht kein Rechtsgrundsatz, wonach die Verwal- tung oder der Richter im Zweifelsfall zugunsten des Versicherten zu entscheiden hätte. Vielmehr haben die Versicherten die für die Beurteilung des Sachverhalts notwendigen Beweise im Rahmen des ihnen Zumutbaren zu erbringen, andernfalls sie die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen haben (BGE 126 V 319 E. 5a; ARV 1990 Nr. 12 S.

67).

E. 3

Es ist streitig, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat und ob die IV-Stelle ihrer Abklärungspflicht nachgekommen ist.

E. 3.1

Die IV-Stelle lehnte den Rentenanspruch mit rechtskräftiger Verfügung vom 7. Januar 2008 (IV-Akten, S. 401 ff.) ein erstes Mal ab. Hierfür stützte sie sich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 15. Dezember 2006 (IV-Akten, S. 333 ff.), der von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausging. Einzig aufgrund einer Dekonditionierung sei während den ersten drei Monaten nach Arbeitswiederaufnahme von einer um 10% verringerten Leistungsfähigkeit auszugehen. Ferner hielt er Aggravationstendenzen fest. Zudem erklärte Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin des RAD, am 11. September 2007 (IV-Akten, S. 363 ff.), mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien chronische Thoraxschmerzen rechts Höhe Th 5 sowie ein Status nach Thorakotomie einer bronchogenen Zyste im November 2004. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit betrachtete er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), ein Schlaf-Apnoe-Syndrom, die Adipositas, die Hypertonie sowie einen Status nach Handekzem.

Kantonsgericht KG Seite 6 von 11 Daneben hielt der Hausarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 23. Juni 2006 (IV-Akten, S. 200 ff.) fest, es würden sich keine neuen therapeutischen Massnahmen aufdrängen. Er notierte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: chronische thoraco-costale Schmerzen bei Status nach Thorakotomie mit Operation einer bronchogenen Zyste, welche infiziert war Ende November 2004, Schlafapnoesyndrom, Adipositas, arterielle Hypertonie sowie ein Handekzem. Es sei eher davon auszugehen, dass zu viel denn zu wenig gemacht worden sei. Das subjektive Befinden aber auch das Interpretieren der Beschwerden seien mit medizinischen Kriterien kaum nachvollziehbar. Er ging theoretisch von einer Arbeitsfähigkeit von sechs bis acht Stunden pro Tag bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 20% aus.

E. 3.2

Die Neuanmeldung erfolgte am 29. Mai 2017 (IV-Akten, S. 485 ff.). Dr. med. H. _____, Facharzt für Chirurgie des RAD, erwähnte am 13. September 2017 (IV-Akten, S. 599 ff.), ein grosser Teil der Diagnosen seien vorbestehend: Schlafapnoe-Syndrom, Adipositas und arterielle Hypertonie. Neu aufgetreten seien der Diabetes, eine wahrscheinlich gutartige, nicht Hormon-produzierende Raumforderung der linken Nebenniere und ein Oesophagus-Divertikel sowie rezidivierende Mikro-Aspirationen der Lunge mit einem COPD bei Nikotinabusus. Die Herz-Lungen-Funktion werde als mittelschwer reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit, vor allem auf Grund einer muskulären Dekonditionierung ohne kardiale oder pulmonale Limitierung, beschrieben. Eine Veränderung des Gesundheitszustandes sei damit glaubhaft dargelegt.

E. 3.2.1

In somatischer Hinsicht liegen zahlreiche Berichte des I. _____ vor, vor allem von der J. _____, der K. _____ sowie der L. _____. Die Ärzte der J. _____

diagnostizierten am 11. Januar 2017 eine Achalasie Typ II mit ausgedehntem Ösophagusdivertikel im mittleren Drittel, bipulmonale Rundherde unklarer Ätiologie, am ehesten im Rahmen rezidivierender Aspirationen im Rahmen der Achalasie, Differentialdiagnose (DD) Neoplasie, einen rechtsseitigen Kopfschmerz unklarer Ätiologie, einen Diabetes mellitus Typ 2 bei Adipositas Grad II, ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom sowie eine arterielle Hypertonie. Ferner lägen als Nebendiagnosen eine chronische Lumbalgie, ein intermittierender generalisierter Pruritus, depressive Episoden (DD Angstzustände) und ein Zustand nach Weichteilphlegmone Nacken vor. Am 9. Februar 2017 (IV-Akten, S. 534 ff.) wurde zudem ein Meningeom frontal links sowie eine grössenstationäre Raumforderung (ca. 25 x 24 mm) in der linken Nebenniere festgehalten. Es liege eine massive Dekonditionierung mit starker Dyspnoe ab einer Etage Treppensteigen und beim Laufen von längeren Strecken vor. Am 30. März 2017 (IV-Akten, S. 515 ff.) wurde ferner u. a. eine Aspirationspneumonie bei am ehesten rezidivierenden Mikroaspirationen im Rahmen eines Verdachts auf eine obstruktive Pneumopathie, aktuell infektexazerbiert im Rahmen der Achalasie sowie eine hypertensive Kardiopathie notiert. Eine Spiroergometrie ergab eine mittelschwer reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit mit 107 Watt (70% Soll) sowie eine Ventilations-/Perfusionsmismatch mit Hinweisen auf eine muskuläre Dekonditionierung. Es liege keine kardiale oder pulmonale Limitierung vor. Seit einer am 10. März 2017 erfolgten Dilatation funktioniere die Nahrungsaufnahme gut, der Beschwerdeführer sei nun diesbezüglich beschwerdefrei. Am 5. Juli 2017 (IV-Akten, S. 651 ff.) wurde überdies ein COPD bei Status nach Nikotinabusus sowie eine Albuminurie diagnostiziert. Gemäss den Berichten der K._____ ergaben sich lange Probleme bei der Diabetes-Behandlung. Am 2. März 2020 (IV-Akten, S. 836 ff.) lag eine stabile glykämische Einstellung, leicht über dem Zielwert, vor.

Kantonsgericht KG Seite 7 von 11 Die Ärzte der L._____ erklärten am 6. November 2017 (IV-Akten, S. 638 f.) bezüglich des Meningeom frontal links, ein aktuelles MRI des Schädels zeige stationär eine kleine, verkalkte Struktur linksfrontal ohne Enhancement sowie ein residuelles diskretes Enhancement des Nervus facialis links bei Status nach Neuritis des Nervus facialis. In der MRI der HWS zeigten sich multiple degenerative Veränderungen der zervikalen Wirbelsäule mit mittelgradiger Spinalkanalstenose HWK 4/5 ohne Hinweise für eine Myelopathie. Am 8. November 2017 (IV-Akten, S. 635 ff.) hielten sie eine seit dem September 2017 bestehende schwere periphere Fazialisparese links mit deutlichen Denervationszeichen fest, was auf eine schwere axonale Nervenschädigung hindeute und eine vollständige Ausheilung unwahrscheinlich mache. Der Diabetes mit potentiell zugrundeliegender Polyneuropathie erkläre möglicherweise den schweren Verlauf. Am 21. Juni 2018 (IV-Akten, S. 707 ff.) notierten die Ärzte progrediente, episodenhaft auftretende, neuropsychologische Defizite unklarer Ursache seit September 2017, DD dyskognitive Anfälle. Am 7. Dezember 2018 (IV-Akten, S. 710 ff.) wurde eine im September 2018 aufgetretene rechtsseitige periphere Fazialis- und Trigeminus-Affektion und eine anteriore ischämische Optikumsneuropathie (AION) angegeben. Am 10. Februar 2020 (IV-Akten, S. 768 ff.) gingen die Ärzte der Klinik von einer rezidivierenden Neuropathia cranialis und AION, am ehesten mikrovaskulärer Genese bei peripherer Nervus facialis- und Nervus trigeminus-Affektion rechts sowie AION rechts unklarer Genese aus. Ferner ergab eine Kontrolluntersuchung vom 8. November 2017 (IV-Akten, S. 632 ff.) in der M._____ des I._____ ein gutes Einstellungsergebnis mit guter Therapiecompliance und ein Bericht der N._____ des I._____ vom 14. Februar 2019

(IV-Akten, S. 730 f.) bestätigte einen Status nach nicht arteriitischer ischämischer Optikusneuropathie beidseits im Rahmen der mikro- vaskulären Risikofaktoren (Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, Schlafapnoesyndrom).

E. 3.2.2

In psychiatrischer Hinsicht erwähnte die L. _____ am 8. November 2017, bei deutlich niedergeschlagenem Patienten werde angesichts der bereits langjährig etablierten antidepressiven und anxiolytischen Medikation mit Cipralext respektive Lexotanil eine psychotherapeutische/psychologische Anbindung als sehr sinnvoll erachtet. Vom 16. Oktober 2018 bis Mitte Dezember 2018 war der Beschwerdeführer für eine Demenzabklärung in der O. _____ des I. _____. Am 21. Dezember 2018 (IV-Akten, S. 737 ff.) diagnostizierten deren Ärzte eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2; DD rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer F33.2), Ein- und Durchschlafstörungen bei REM-Schlaf-Verhaltensstörung, schlechter Schlafhygiene und Schlafapnoe-Syndrom sowie eine Benzodiazepin low dose dependency (F13). Aufgrund der mit dem Sohn erhobenen Fremdbeurteilungsskalen ergäben sich keine Hinweise für eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit oder der funktionellen Fähigkeiten/Alltagsaktivitäten. Es fanden sich keine Hinweise auf Gedächtnisstörungen. Demgegenüber lagen leichte Konzentrationsstörungen vor, die Auffassung sei verzögert. Er sei affektiv deprimiert, ängstlich, schnell überfordert, nervös und eingeschränkt schwingungsfähig, der Antrieb sei vermindert. Es liege am ehesten eine Vergesslichkeit im Rahmen der Depression und der ausgeprägten Schlafstörungen vor, was auch kongruent zu den Aussagen des Sohnes erscheine, welcher lediglich Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach schlechten Nächten beschreibe. Im aktuellen Zustand sei der Beschwerdeführer aufgrund der Depression nicht arbeitsfähig. Dr. med. E. _____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 6. Mai 2020 (IV-Akten, S. 779 ff.) eine Dysthymie (F 34.1), bestehend spätestens seit 2016 sowie eine Persönlichkeit mit akzentuierten emotional unreifen, impulsiven, ängstlich-vermeidenden, narzisstischen und sensitiven Zügen (Z 73.1). Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestehe nicht mehr. Er wies erneut auf

Kantonsgericht KG Seite 8 von 11 eindeutige Aggravationstendenzen hin. Die Einschätzung des I. _____ sei nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer habe einen normalen geregelten Tagesablauf und in Anbetracht des psychosozialen Funktionsniveaus und der grundsätzlich guten und ausreichenden Ressourcen sei aus rein psychiatrischer Sicht bei ehrlicher Motivation und Willensanstrengung trotz der mittlerweile chronifizierten anxiodepressiven Symptomatik und der akzentuierten Persönlichkeitszüge die Wiederaufnahme und Ausübung einer Alter und Ausbildungsstand entsprechenden Arbeit weiterhin im Vollpensum zumutbar. Allenfalls bestehe für einige Wochen/Monate eine gewisse Schwankung der Leistungsfähigkeit, die sicher unter 10% liege. Die diversen krankheitsfremden Faktoren wie die unsicheren und eher geringen Aussichten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei fortgeschrittenem Alter, aber auch gewisse Probleme im Privatleben und der Wunsch nach finanzieller Sicherheit und nach Anerkennung des bisherigen Leidens sowie der weiterhin schwierigen und unsicheren Lebenssituation seien nicht zu berücksichtigen.

E. 3.3

Die IV-Stelle stützte sich auf die Berichte von Dr. med. P. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Diese ging am 10. April 2019 (IV-Akten, S. 743 ff.) seit dem Auftreten der Fazialisparese rechts und den erstmals längeren Konzentrationsstörungen, die zur Demenzabklärung führten und wegen der diagnostizierten schweren depressiven Episode von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Sie empfahl ein Verlaufsgutachten bei Dr. med. E. _____. Nachdem dieses vorlag, nahm die RAD-Ärztin am 11. Mai 2020 erneut Stellung. Sie nannte im Detail die Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, wobei sie die vorgenannten mehrheitlich berücksichtigte. Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine rezidivierende Neuropathia cranialis und AION, am ehesten mikrovaskulärer Genese mit peripheren Nervus facialis- und Nervus trigeminus-Affektion rechts sowie AION rechts bei Status nach peripherer Fazialisparese links, ein Status nach nicht arteriitischer ischämischer Optikusneuropathie, eine Achalasie Typ II mit ausgedehntem Ösophagusdivertikel im mittleren Drittel sowie ein Diabetes mellitus Typ 2. Hinsichtlich der funktionellen Einschränkungen hielt sie unter Berücksichtigung der Achalasie, des Diabetes und der beidseitigen Fazialisparese folgende Einschränkungen fest: keine Tätigkeiten, die den intraabdominalen Druck zusätzlich erhöhen oder in längerer Zwangshaltung des Rumpfes (gebückt, etc.), mit regelmässig mittelschweren Hebeaktionen, mit Wechselschichten, mit Verletzungsgefahr, mit alleiniger Aufsicht von Dritten/Maschinen, bei denen die regelmässige Nahrungsaufnahme oder Blutzuckerkontrollen nicht möglich sind, keine Akkordarbeit oder fremd getaktete Tätigkeit bzw. in Nässe, Kälte oder Hitze, mit Absturzgefahr oder als Berufsfahrer, mit Publikumsverkehr, mit erhöhter Verletzungsgefahr der Augen bei unvollständigen Lidschluss, in Staub oder Durchzug, mit Telefondienst oder wo eine gute Artikulation notwendig ist. Bei Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei bis heute eine leichte überwiegend sitzende oder abwechselnde Arbeit ganztags mit einer Leistungsminderung von maximal 10–20% zumutbar gewesen, unterbrochen durch die Spitalaufenthalte. Am 8. Juli 2020 (IV-Akten, S. 859 ff.) bestätigte sie ihre Ansicht und verneinte die Notwendigkeit von weiteren Abklärungen.

E. 3.4

Der Beschwerdeführer bringt vor, er habe sowohl somatische als auch psychische Leiden. Letztere seien mit dem eingeholten psychiatrischen Gutachten abgeklärt worden. Demgegenüber habe sich zur somatischen Problematik nur der RAD geäussert, wobei bestritten werde, dass dieser über genügend Unterlagen verfüge, um ein Zumutbarkeitsprofil zu erstellen. Seine körperlichen Einschränkungen seien auch für einen Laien offensichtlich. Er laufe und sehe schlecht und könne wegen der Fazialisparese schlecht sprechen, weshalb man ihn nur schlecht verstehe. Die medizinischen Einschränkungen in ihrer Gesamtheit würden es ihm verunmöglichen, im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein. Es lägen zwar diverse Arztberichte betreffend die somatische Problematik vor, aus denen ergäben sich aber keinerlei Hinweise auf die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit. Ferner

Kantonsgericht KG Seite 9 von 11 fehlten jegliche psychiatrischen Arzt- und Untersuchungsberichte, obwohl er seit Ende 2018 im Monatsrhythmus in psychotherapeutischer Behandlung sei. Zudem ergebe sich aus den RAD-Berichten nicht, ob die RAD-Ärztin das Gutachten korrekt überprüft habe. Insgesamt habe die IV-Stelle den Sachverhalt allein mit der Einholung eines psychiatrischen Gutachtens unvollständig

abgeklärt. Nicht (gutachterlich) abgeklärt worden seien die somatischen Beschwerden, obwohl diese aktenkundig seien und auch gemäss der RAD-Ärztin Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Das Bundesgericht stelle strenge Anforderungen, wenn ein Leistungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bei bereits geringen Zweifeln seien ergänzende Abklärungen notwendig. Solche Zweifel lägen vor, da Unterlagen fehlten, die es dem RAD ermöglichen würden, einen schlüssigen Bericht zu erstellen.

E. 3.5

Wie dargestellt, liegen etliche Berichte des I. _____ hinsichtlich der somatischen Problematik vor, welche umfassend abgeklärt worden sind, weshalb nicht gehört werden kann, der RAD habe nicht über genügend Unterlagen verfügt, um ein gültiges Zumutbarkeitsprofil zu erstellen. Es ist zwar richtig, dass sich in diesen Berichten keine Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit finden. Jedoch ist der Beschwerdeführer daran zu erinnern, dass das Auftreten von zusätzlichen Diagnosen nicht gleichbedeutend ist mit einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit. Ebenso kann nicht aufgrund der zahlreichen somatischen Diagnosen automatisch auf eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass, soweit tatsächlich eine Einschränkung vorgelegen hätte, dies von den involvierten Ärzten festgehalten worden wäre. Einzig die L. _____ erklärte am 10. Februar 2020, hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei eine multidisziplinäre Beurteilung unter Berücksichtigung aller Diagnosen erforderlich. Obwohl dies für das I. _____ wohl relativ einfach möglich gewesen wäre, kam es nie zu einer solchen globalen Einschätzung. Ferner hat auch der damalige Hausarzt, Dr. med. Q. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in seinem Bericht vom 15. Januar 2018 (IV-Akten, S. 624 ff.) keine Arbeitsunfähigkeit attestiert und nur notiert, der Beschwerdeführer gebe an, er könne, wenn er eine geeignete Arbeit finde, arbeiten, wobei er sich allenfalls überschätze, da er doch vielschichtig krank sei. Überdies legt der Beschwerdeführer selber keine medizinischen Unterlagen vor, aus welchen sich eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischen Gründen ergibt bzw. aus welchen sich ergeben würde, dass der Sichtweise der RAD-Ärztin nicht gefolgt werden kann. Diese berücksichtigte als Diagnosen mit Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit, wie gesehen, eine rezidivierende Neuropathia cranialis und AION, am ehesten mikrovaskulärer Genese mit peripheren Nervus facialis- und Nervus trigeminus-Affektion rechts sowie AION rechts bei Status nach peripherer Fazialisparese links, ein Status nach nicht arteriitischer ischämischer Optikusneuropathie, eine Achalasie Typ II mit ausgedehntem Ösophagusdivertikel sowie den Diabetes und ging von einer maximalen Leistungsminderung von 10–20% aus. Der Pruritus sowie die Albuminurie wurden zwar von der RAD-Ärztin bei den Diagnosen nicht aufgeführt. Jedoch kann angenommen werden, dass diese ohne relevante Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind. Ferner haben die somatischen Diagnosen bereits insofern eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, als dem Beschwerdeführer die bisherige Arbeit nicht mehr möglich ist, sondern einzig noch eine den Beschwerden angepasste Tätigkeit. Diesbezüglich wies die RAD-Ärztin umfassend darauf hin, welchen funktionellen Einschränkungen eine solche Arbeit genügen muss. Die IV-Stelle berücksichtigte eine Leistungsmin- derung von 15%, was nicht zu beanstanden ist, zumal auch eine Einschränkung von 20% zu keinem anderen Resultat führen würde. Was die psychische Seite des Falls betrifft, gingen die Ärzte der O. _____ wegen der Depression von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Zusammen mit Dr. med. E. _____ ist diese Einschätzung als nicht nachvollziehbar

anzusehen. So fehlt es in deren Bericht bereits an der Herlei-

Kantonsgericht KG Seite 10 von 11 tung der gestellten Diagnose und es wird nicht weiter begründet, weshalb von einer ganzen Arbeits- unfähigkeit auszugehen sei. Zudem wäre beim tatsächlichen Vorliegen einer schweren depressiven Depression bzw. schweren Episode gemäss den Diagnosekriterien wohl eine stationäre Behandlung indiziert gewesen. Eine solche wurde im Bericht aber nur bei Misserfolg der empfohlenen ambulan- ten Therapie als angezeigt angesehen. Es ist richtig, dass kein Bericht beim behandelnden Psychologen eingeholt wurde. Jedoch hätte der Beschwerdeführer in Rahmen seiner Mitwirkungspflicht ohne Weiteres einen solchen vorlegen können, was er nicht getan hat. Auch im Übrigen erhebt er keine konkrete Kritik am Gutachten E._____ und bringt einzig vor, aus dem RAD-Bericht vom 11. Mai 2020 sei nicht ersichtlich, ob das Gutachten korrekt geprüft worden sei. Davon ist jedoch auszugehen. Aus dem besagten Bericht ergibt sich, dass das Gutachten von der RAD-Ärztin zusammen mit Dr. med. R._____, Fachärz- tin für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, evaluiert wurde und festgehalten wurde, medizi- nisch könne voll und ganz darauf abgestellt werden. Nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ergibt sich aus der von ihm angerufenen Rz. 2075 (recte: Rz. 2079 ff.) des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (nachfolgend: KSVI), in seiner aktuellen Version Stand 1. Januar 2018, in welchen detailliert dargelegt, wie die Prüfung eines Gutachtens durch den RAD zu erfolgen hat. Gemäss Rz. 2082 KSVI hat der RAD in einer kurzen Stellungnahme das Ergebnis seiner versicherungsmedizinischen Prüfung festzuhalten, wie es hier geschehen ist, wenn auch sehr kurz. Überdies erfüllt das Gutachten die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen. Es ist umfas- send, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und die Beurteilung ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar. So äusserte sich der Gutachter umfassend zur Diagnosestel- lung und begründete, weshalb er Diagnosen wie z. B. die anhaltende somatoforme Schmerzstörung ausschliesst und wie er auf die von ihm gestellten Diagnosen kam. Auch nahm er entsprechend dem Fragebogen der IV-Stelle ausführlich zu den Indikatoren Stellung. Weiter weist er darauf hin, dass die anhaltenden psychosozialen Belastungen eine nicht unwesentliche Rolle spielen würden, vor allem in Form der unsicheren und sehr geringen beruflichen Alternativen und Perspektiven bei anhal- tenden körperlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen, die zunehmenden finanziellen Schwierigkeiten sowie die andauernde familiäre Problematik mit einem seit Jahren kranken Sohn und einer nun ebenfalls erkrankten Ehefrau. Hierbei handle es sich jedoch um soziale Belastungen und somit krankheitsfremde Faktoren, welche bei einer rein versicherungsmedizinisch-psychiatrischen Beur- teilung nicht zu berücksichtigen seien. Dem ist zuzustimmen. In psychiatrischer Hinsicht hat sich die IV-Stelle deshalb zu Recht auf dieses Gutachten abgestützt. Insgesamt gibt es damit an der Sichtweise der IV-Stelle nichts auszusetzen und eine Verletzung der Abklärungspflicht ist zu verneinen.

E. 3.6

Hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrads bringt der Beschwerdeführer keine 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.

E. 4

Zusammenfassend hat die IV-Stelle zu Recht den Rentenanspruch des Beschwerdeführers aufgrund eines Invaliditätsgrades von 15% verneint. Die Verfügung vom 13. Juli 2020 ist zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen.

Kantonsgericht KG Seite 11 von 11 Die Gerichtskosten zu Lasten des unterliegenden Beschwerdeführers werden auf CHF 800.- festgesetzt und mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet. Der mit seinen Anträgen unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen. II. Die Gerichtskosten zu Lasten von A. _____ werden auf CHF 800.- festgesetzt und mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss von CHF 800.- 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 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, 23. April 2021/bsc Der Präsident: Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter:

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