

FR_GERICHTE 608 2014 127 vom 14. September 2016

FR Kantonsgericht, 2016-09-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_127

FR: FR_GERICHTE 608 2014 127 du 14 septembre 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 127 del 14 settembre 2016

Regeste

Entscheid des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts |
Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 3. Juli 2014 gegen die Verfügung vom 5. Juni 2014 ist durch den Beschwerdeführer frist- und formgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, II. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob er Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat in dem Sinne einen Anspruch auf Durchführung medizinischer Abklärungsmassnahmen in der Muttersprache des Exploranden oder der Explorandin im Verfahren der Invalidenversicherung bejaht, dass es grundsätzlich Sache der versicherten Person ist, rechtzeitig einen entsprechenden Antrag bei der Verwaltung oder allenfalls beim Richter zu stellen. In Bezug auf die Untersuchung und Begutachtung durch eine medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) im Besonderen ist gemäss BGE 127 V 219 dem Gesuch des oder der Versicherten um Durchführung der Massnahme in einer ihr geläufigen Amtssprache des Bundes (Deutsch, Französisch, Italienisch und Rätoromanisch [Art. 70 Abs. 1 BV]) grundsätzlich zu entsprechen, wenn und soweit nicht objektive Gründe dem entgegen stehen. Andernfalls besteht Anspruch auf den Beizug eines Dolmetschers und auf eine kostenlose Übersetzung der Expertise. Diese Regelung gilt ausdrücklich nicht für andere Sprachen (BGE 127 V 219 E. 2b/bb, bestätigt in BGE 128 V 34 E. 2a und Urteil BGER 8C_90/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 2; Urteile EVGer I 245/00 vom 30. Dezember 2003 E. 4.1.1 und I 664/01 vom 16. Januar 2004 E. 5.1.1). Für das vorliegende Gerichtsverfahren wurde mit unbeanstandet gebliebener Zwischenverfügung vom 19. September 2014 Deutsch als Verfahrenssprache festgelegt, nachdem bereits das Verwaltungsverfahren auf Deutsch durchgeführt und auch die angefochtene Verfügung vom 5. Juni 2014 in deutscher Sprache verfasst worden waren. Da die deutschen Aktenstücke in der Verfahrenssprache ergangen sind und der Beschwerdeführer weder je den Antrag gestellt hatte, das Verwaltungsverfahren sei auf Französisch durchzuführen, noch entsprechende Einwände erhoben hat, als ihm die Namen der Gutachter bekannt gegeben worden waren und ihm klar sein musste, dass die Begutachtungen (mit Hilfe eines Dolmetschers) auf Deutsch durchgeführt und die entsprechenden Expertisen in deutscher Sprache verfasst würden, kann seinem Antrag auf Übersetzung der deutschen Aktenstücke in die französische Sprache nicht entsprochen werden.

E. 3

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.

Kantonsgericht KG Seite 5 von 19 Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat allerdings den bisher geltenden Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. b) Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Förderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (Art. 7 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 sogenannten Förster-Kriterien geprüft wurde. Im Vordergrund stand die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein konnten auch folgende weitere Faktoren: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Diese Rechtsprechung wurde mit BGE 132 V 65 auf die Fibromyalgie und mit Urteil BGer I 70/07 vom 14. April 2008, bestätigt durch Urteil BGer 9C_662/2009 vom 17. August 2010, auf das Chronic Fatigue Syndrom ausgeweitet. 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. Die an die Ärzte gestellten Anforderungen wurden dahingehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und All-tag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren.

Kantonsgericht KG Seite 6 von 19 Diagnosestellung und Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektiverer 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. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind. Die auf Begrifflichkeiten des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens kann indes von vornherein nur zu einer invalidenversicherungsrechtlich 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. Dies trifft namentlich zu, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, wenn intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Ob die ärztlichen Feststellungen auf einen Ausschlussgrund folgern lassen, ist als Rechtsfrage frei überprüfbar (Urteil BGER 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 2.2, 3 und 4.1 mit zahlreichen Hinweisen). In intertemporalrechtlicher Hinsicht hielt das Bundesgericht fest, dass in Bezug auf „altrechtliche“ Gutachten sinngemäss wie in BGE 137 V 210 vorzugehen sei. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesgericht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (Urteil BGER 9C_492/2014

vom 3. Juni 2015 E. 8). c) Wurde gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Absatz 2 erfüllt sind. Dieser Absatz sieht vor, dass, wenn ein Gesuch um Revision eingereicht wird, darin glaubhaft zu machen ist, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Art. 87 Abs. 3 IVV beruht auf dem Gedanken, dass die Rechtskraft der früheren Verfügung einer neuen Prüfung so lange entgegensteht, als der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der

Kantonsgericht KG Seite 7 von 19 Zwischenzeit nicht verändert hat. Damit soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsbegründung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3). Daraus ergibt sich, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss. Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind. Ist im gesamten für die Anspruchsberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b). Die Verwaltung hat in diesem Fall in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 86ter bis Art. 88bis IVV vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Richter (BGE 109 V 108 E. 2b). Die zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV bildet bei der Neuanmeldung – wo eine staatliche Leistungspflicht erst behauptet wird und es mithin an einer ursprünglichen rentenzusprechenden Verfügung fehlt – wie auch bei der Rentenrevision die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs 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 und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.3 und 5.4; 130 V 71 E. 3.2.3). 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 die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, das heisst arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 115 V 133 E. 2; 107 V 17 E. 2b; 105 V 156 E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird laut der Rechtsprechung nach dem Mass bestimmt, in welchem die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen an ihrem angestammten

Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat die versicherte Person andere ihr offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 403 E. 2; 114 V 281 E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 17 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person abzustellen, hätte es doch diese ansonsten in der Hand, ihren Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen. e) Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige

Kantonsgericht KG Seite 8 von 19 Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen).

E. 4

Eingangs ist festzustellen, dass die Vorinstanz auf die Neuanmeldung eingetreten ist und das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers materiell geprüft hat. Streitig ist vorliegend, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert und er daher einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung der anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte materiell-rechtliche Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 30. Mai 2002. a) Als Vorbemerkung ist festzuhalten, dass der vorliegende Fall genügend abgeklärt wurde und das medizinische Dossier komplett ist. Auch erübrigen sich weitere berufliche Abklärungen. Der Beschwerdeführer absolvierte im Rahmen der ihm gewährten Hilfe bei der Arbeitsvermittlung in den Jahren 2008 und 2009 in der D._____, E._____, sowie bei F._____, B._____ mehrmonatige Praktika (Kostengutsprachen vom 3. November 2008, Vorakten S. 304 f. und

E. 9

Februar 2009, Vorakten S. 324 f.). Weitere berufliche Massnahmen wurden von ihm mit Schreiben vom 14. Mai 2009 (Vorakten S. 337) abgelehnt. Da der Fall sowohl in

medizinischer als auch in beruflicher Hinsicht umfassend abgeklärt wurde, kann abschliessend darüber entschieden werden. b) Zunächst ist auf die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers näher einzugehen, wie sie sich zum Zeitpunkt der letzten materiell-rechtlichen Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 30. Mai 2002 darstellte. Diese berief sich zur Begründung ihrer vom 1. August 1997 bis 30. November 2000 befristeten Rentenzusprache mit Leistungsverweigerung ab dem 1. Dezember 2000 auf eine berufliche Abklärung im J. _____, welche vom 29. Mai 2000 bis 27. August 2000 stattfand (Vorakten S. 158 ff., insbesondere S. 156). Gemäss dem Schlussbericht vom 25. August 2000 (Vorakten S. 139 ff.) sei der Beschwerdeführer nach einer Einarbeitungsphase in der Lage, in einer angepassten Tätigkeit (z.B. einfache industrielle Produktion) zu 100 Prozent mit einer um 30 Prozent verminderten Leistungsfähigkeit (Pausen; Positionswechsel) zu arbeiten (Vorakten S. 137). Die Beurteilung basierte ferner auf folgenden medizinischen Grundlagen: Seit dem Jahr 1995 leide der Beschwerdeführer unter zunehmenden Rückenschmerzen sowie Abdominalbeschwerden. Es wurde die Diagnose eines lumboradikulären Schmerzsyndroms links bei paramedialer Diskushernie L5/S1 links mit Kompromittierung der Wurzel S1 links gestellt. Seit dem 12. August 1996 bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten, rüchenschonenden Tätigkeit (z.B. Kontroll- und Überwachungsfunktion) ohne Heben

Kantonsgericht KG Seite 9 von 19 und Tragen von Gewichten über 10 kg und mit regelmässigen Positionswechseln bestehe eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit (u.a. K. _____ Kantons- und Regionalspital, statt vieler: Berichte vom 21. Oktober 1997, Vorakten S. 64 f. [Rückenbeschwerden] und vom 5. Juni 1997, Vorakten S. 29 ff. [Abdominalbeschwerden]; L. _____, Austrittsbericht vom 11. Dezember 1996, Vorakten S. 17 ff.; Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Arztbericht vom 10. September 1997, Vorakten S. 45 f.; Dr. med. M. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Bericht vom 19. Januar 2000, Vorakten S. 102; Dr. med. N. _____, Facharzt für Gastroenterologie FMH, Bericht vom 3. Dezember 1999, Vorakten S. 99 ff.). c) Seit Erlass der letzten materiell-rechtlichen Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 30. Mai 2002 entwickelte sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers wie folgt: aa) Am 1. März 2006 diagnostizierte Dr. med. O. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, ein mässiges Zervikalsyndrom bei Diskopathie C6/C7, ein massives Lumbalsyndrom bei Diskopathie L5/S1 sowie Zeichen der Nichtorganizität bei psychosozialer Belastung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung. Aufgrund der Wirbelsäulenbeschwerden könnte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent als gerechtfertigt erscheinen (Vorakten S. 221; vgl. auch Bericht vom 18. Oktober 2002, Vorakten S. 220 f.). Am 18. März 2006 bestätigte auch Dr. med. P. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, neu auftretende Zervikalgien sowie persistierende Lumbalgien und verwies auf die von Dr. med. O. _____ attestierte 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit (Vorakten S. 207). In einem Schreiben vom 5. April 2006 an die Vorinstanz betonte der Arzt zudem, dass ein Vergleich der Arztberichte von Dr. med. O. _____ vom 1. März 2006 und 18. Oktober 2002 auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen lasse, welche sich auch in seiner Arbeitsfähigkeit niederschlage (Vorakten S. 222). Der RAD-Arzt Dr. med. Q. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt am 29. Mai 2006 und 10. Oktober 2006 dafür, es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass eine erhebliche und andauernde Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit eingetreten sei. Es würden weitgehend dieselben Beschwerden angegeben wie früher; auch die psychosoziale Problematik scheine anzudauern (Vorakten S. 224, 237). Dr. med. R. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, beschrieb im Arztbericht vom 20. Juni 2008 chronische Zervikalgien und Lumboischialgien bei degenerativen Veränderungen und einer Diskushernie L5/S1. Der Beschwerdeführer sei in einer leichten Tätigkeit zu 100 Prozent arbeitsfähig mit einer Leistungsminderung von 50 Prozent (Vorakten S. 286). Dr. msc. S. _____, Chiropraktiker ASC, diagnostizierte am 21. Oktober 2010 ein chronisches Lumbal- und Zervikalsyndrom bei muskulärer Dysbalance, statischer Störung und degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule, Diskopathien C4/5, C5/6, L4/5 und L5/S1 sowie eine fazettäre Arthrose L4/5 und L5/S1. Die Schmerzsymptomatik habe sich verstärkt, der Beschwerdeführer sei vollständig arbeitsunfähig (Vorakten S. 345). Aufgrund dieses Berichts ging auch der RAD-Arzt Dr. med. Q. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, in seiner Stellungnahme vom 30. November 2010 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus (subjektiv seit Mai 2009, objektiv seit August 2010) (Vorakten S. 356). Auch Dr. med. T. _____, Fachärztin für Anästhesiologie FMH und Interventionelle Schmerztherapie SSIPM, beschrieb am 4. November 2010 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Als Diagnosen werden genannt: chronisches, invalidisierendes zervikales

Kantonsgericht KG Seite 10 von 19 und lumbales Schmerzsyndrom, Schmerzverarbeitungsstörung bei Depression und St.n. Cholezystektomie 1997. Eine mögliche Arbeit müsse körperlich leicht sein (kein Heben/Tragen von Lasten, kein Bücken), müsse einen regelmässigen Wechsel der Körperposition erlauben und müsse unbedingt begleitet erfolgen. Im Idealfall sei während des ersten Jahres eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 Prozent vorstellbar, mit einer Leistungseinschränkung während der ersten Monate von mindestens 50 Prozent (Vorakten S. 353). Am 1. November 2010 bestätigte Dr. med. U. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dass der Beschwerdeführer seit dem 18. September 2009 in seiner Behandlung stehe. Es wird die Diagnose „Angst und Depression gemischt (ICD-10: F41.2)“ gestellt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage aus psychiatrischer Sicht 40 bis 50 Prozent (Vorakten S. 355). Dr. med. R. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte am 10. Januar 2011 chronische und invalidisierende Zervikodorsolumbalgien bei radiologisch degenerativen Veränderungen (Spondylodiskarthrose C6/7) mit Unkarthrose beidseits C5/6 und C6/7, Skoliose dorsolumbal mässigen Grades, Diskopathie L5/S1 mit medianer Diskushernie und Arthrose L5/S1, PSH der rechten Schulter. Es bestehe eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit (Vorakten S. 377 ff.; vgl. auch Arztzeugnis vom 7. November 2011, Vorakten S. 546). Am 14. Mai 2012 bestätigte der Arzt einen stationären Gesundheitszustand bei gleicher Diagnose und mit fortwährender 100-prozentiger Arbeitsunfähigkeit (Vorakten S. 499 ff.). Am 1. Februar 2011 äusserte sich Dr. med. T. _____, Fachärztin für Anästhesiologie FMH und Interventionelle Schmerztherapie SSIPM, wie folgt: Der Beschwerdeführer leide unter einem chronischen invalidisierenden zervikalen und lumbalen Schmerzsyndrom sowie unter einer gemischten anxio-depressiven Störung (ICD-10: F41.2). Die gesundheitlichen Einschränkungen (Schmerzen, muskuläre Dysbalance, Wirbelsäulenfehlhaltung, Dekonditionierung) seien sehr einschränkend; eine langsame betreute Wiedereingliederung sei notwendig (10 bis 20 Prozent ab sofort mit langsamer Steigerung) (Vorakten S. 396 ff.). Am 28. April 2011 bestätigte die Ärztin, dass der

Beschwerdeführer zu 100 Prozent arbeitsunfähig sei (Vorakten S. 547). Im Arztbericht vom 3. März 2011 bestätigt Dr. med. U._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Diagnose „Angst und Depression gemischt (ICD-10: F41.2)“. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 10 Prozent (Vorakten S. 401 ff.). Bei stationärem Gesundheitszustand wurden diese Angaben in den Verlaufsberichten vom 5. Juni 2012 und 12. Dezember 2012 bestätigt (Vorakten S. 509 ff., 527 ff.). bb) Am 12. Mai 2011 gab die Vorinstanz ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag: Das rheumatologische Gutachten wurde am 5. September 2011 von Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, erstattet (Vorakten S. 436 ff.). Es wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Vorakten S. 431): 1. langjähriges chronisches diffuses Schmerzsyndrom - weit vordergründig psychosozial konditionierte Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung 2. chronisches bis chronifiziertes Panvertebralsyndrom - altersentsprechende mässiggradige degenerative Veränderungen

Kantonsgericht KG Seite 11 von 19 - kein Anhalt für Neurokompression 3. Periarthropathia humeroscapularis rechts bei Bursitis subacromialis - arthrosonographisch degenerative Veränderungen im Supraspinatus-Bereich ohne Rupturzeichen 4. Fersensporn links mit Enthesitis plantaris links Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden Adipositas und arterielle Hypertonie genannt. In seiner Beurteilung hielt der Rheumatologe fest, dass die grundsätzlich objektivierbaren Gründe für zumindest einen Teil der angegebenen Beschwerden grundsätzlich häufig und therapeutisch angebar seien. Das subjektiv als vollinvalidisierend empfundene Beschwerdebild und die bisherige absolute Therapierefraktärität könnten mit den objektiven Befunden keinesfalls erklärt werden. Zusammen mit den im Status deutlichen Waddel-Zeichen müsse von einer weit vordergründigen psychosozial konditionierten Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung ausgegangen werden (Vorakten S. 430). Eine körperlich leichte Tätigkeit ohne übermässige Haltungs- und Bewegungsmonotonien und mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition zu wechseln, sei aus rein rheumatologischer Sicht grundsätzlich zu 100 Prozent ohne Leistungsminderung zumutbar (Vorakten S. 429 f.). Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, datiert vom 18. Oktober 2011 (Vorakten S. 459 ff.). Es wurde die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Vorakten S. 448): 1. chronifizierende ängstlich-depressive Entwicklung, aktuell mittleren Grades, mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), DD ausgeprägte Dysthymie (ICD-10: F34.1), medikamentös insuffizient behandelt, mit/bei - objektivierten Diskopathien C6/7 und L5/S1 - Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung resp. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) Der Beginn des mittleren Depressionsgrades sei unbekannt (etwa Oktober 2010); die Diskopathie L5/S1 bestehe aktenmässig seit Oktober 1996, die Diskopathie C6/7 seit März 2006. Aktuell seien die Behandlungsmöglichkeiten der Depression nicht ausgeschöpft, würden doch laut Plasmaspiegelkontrolle der Spiegel sowohl für Saroten als auch für CipraleX weit unterhalb des therapeutisch wirksamen Bereichs liegen (Vorakten S. 446). Bevor eine optimale (und spiegel-mässig verifizierte) antidepressive Therapie wirksam installiert sei, könne die Frage nach einer allfälligen Invalidität und Arbeitsfähigkeit psychiatrisch nicht abschliessend beurteilt werden (Vorakten S. 443). cc) In der Folge kam es – unter ärztlicher Kontrolle – zu einer Gewichtsreduktion sowie einer Anpassung der Psychopharmakotherapie. Nichts desto

trotz bestätigten sowohl der behandelnde Rheumatologe wie auch der behandelnde Psychiater einen stationären Gesundheitszustand bei gleichbleibender Diagnose und fortwährender, 100- bzw. 50-prozentiger Arbeitsunfähigkeit (Berichte vom 14. Mai 2012 [Vorakten S. 499 ff.], 5. Juni 2012 [Vorakten S. 509 ff.] und 9. Januar 2013 [Vorakten S. 527 ff.]). Am 22. August 2012 bestätigte auch der RAD, dass keine Anhaltspunkte für eine veränderte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den begutachtenden Psychiater vorliegen würden (Vorakten S. 518). Am 13. Februar 2013 gab die Vorinstanz bei Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein psychiatrisches Nachgutachten in Auftrag, welches am 25. April 2013

Kantonsgericht KG Seite 12 von 19 erstattet wurde (Vorakten S. 571 ff.). Darin werden die bereits im ersten Gutachten gestellten Diagnosen bestätigt (Vorakten S. 563). Die Blutplasmaspiegel der eingenommenen Antidepressiva würden unterhalb des therapeutischen Bereichs liegen; Ziel müsse das Erreichen suffizienter Spiegel sein. Die Arbeitsfähigkeit betrage – bei immer noch mittelgradigem depressivem Zustand – aus psychiatrischer Sicht weiterhin 50 Prozent und sei potentiell durch Optimierung der Psychopharmakotherapie besserbar. Auch liege das Gewicht heute nur um einen BMI-Punkt tiefer und immer noch im Bereich einer Adipositas I. Der Beschwerdeführer sei nach wie vor zu passiv (keine körperliche Aktivität, keine Mithilfe im Haushalt). Seine ungenügende Motivation könne immerhin teilweise dem Depressionsgrad angelastet werden. Dessen Reduktion sei deshalb oberstes Ziel (Vorakten S. 563 ff.). dd) Am 1. Mai 2013 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. V. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, wie folgt: Zwar seien monatliche Plasmaspiegel zumutbar, es stelle sich aber die Frage, ob der Beschwerdeführer nicht stationär (mit einem Beschäftigungs-, Ergo- und Physiotherapieprogramm) behandelt werden sollte, um eine multidisziplinäre Behandlung durchzuführen und bessere Eingliederungschancen erreichen zu können. Da Adipositas I per se nicht invalidisierend sei, seien nur gesundheitliche Empfehlungen zu kommunizieren. Die mittlere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) könne sich mit einer optimalen Behandlung zwar verbessern, sie könne aber auch als invalidisierende Diagnose, die für eine 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit verantwortlich sei, verbleiben. Der Zustand sollte 6 Monate nach Umstellung der Psychopharmakotherapie (Schadensminderungspflicht) überprüft werden. Mit einer prekären finanziellen Situation des Beschwerdeführers und seiner Familie, einer extremen Dekonditionierung und Akkulturationsproblemen seien stark wiedereingliederungshemmende Faktoren vorhanden (Vorakten S. 575). In seiner Stellungnahme vom 12. August 2013 hielt der RAD-Arzt Dr. med. W. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dafür, dass aus dem neuen Gutachten hervorgehe, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht in massgeblicher Weise geändert habe (Vorakten S. 578). ee) Schliesslich wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachtet. Das Gutachten wurde am 2. Juni 2014 erstattet (Vorakten S. 638 ff.). Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden keine gestellt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt (Vorakten S. 619 f.): 1. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) - bestehend spätestens seit dem Jahr 1999 2. Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen, emotional unreifen und impulsiven Zügen (ICD-10: Z73.1) - die akzentuierten Persönlichkeitszüge bestehend bereits seit der Adoleszenz 3. Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) - bestehend spätestens seit dem Jahre 2000 Trotz der bestehenden

psychischen Störungen mit den geschilderten Symptomen wäre der Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht noch in der Lage, seine bisherige Tätigkeit im Strassenbau und jede andere, dem Alter und Ausbildungsstand sowie den tatsächlichen körperlichen Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeit weiterhin auszuüben. Aufgrund seiner psychischen Symptomatik wäre allenfalls eine geringe Minderung der Leistungsfähigkeit von

Kantonsgericht KG Seite 13 von 19 maximal 20 Prozent anzuerkennen, welche durch seine starke Fixierung auf seine eigenen Probleme und die hierdurch leicht verminderte Konzentrationsfähigkeit und ein etwas langsames Arbeitstempo bedingt werde. Die Aufnahme sozialer Kontakte werde ihm bei entsprechender Willensanstrengung nicht schwerer fallen (Vorakten S. 608). Die vom behandelnden Psychiater postulierte Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent sei aus rein psychiatrisch-gutachterlicher Sicht nicht zu rechtfertigen und auch absolut nicht durch die vom Psychiater gestellte Diagnose zu begründen (Vorakten S. 608 ff.). 5. a) Vorliegend ist festzustellen, dass das rheumatologische Gutachten vom 5. September 2011 von Dr. med. G. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH (Vorakten S. 436 ff.) zu keinen Beanstandungen Anlass gibt, da es umfassend, gut begründet, logisch und nachvollziehbar ist. Weder der RAD (Vorakten S. 518, 575, 578) noch der behandelnde Rheumatologe (Vorakten S. 499 ff.) oder der Beschwerdeführer äussern eine begründete Kritik am rheumatologischen Gutachten, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. In somatischer Hinsicht ist somit von folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen: chronisches diffuses Schmerzsyndrom, chronisches bis chronifiziertes Panvertebralsyndrom, Periarthropathia humeroscapularis rechts bei Bursitis subacromialis sowie Fersensporn links mit Enthesitis plantaris links (Vorakten S. 431). Eine körperlich leichte Tätigkeit ohne übermässige Haltungs- und Bewegungsmonotonien und mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition zu wechseln, ist dem Beschwerdeführer aus rein rheumatologischer Sicht grundsätzlich zu 100 Prozent ohne Leistungsminderung zumutbar (Vorakten S. 429 f.). b) aa) In psychiatrischer Hinsicht wurde der Beschwerdeführer insgesamt dreimal begutachtet. Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete am 18. Oktober 2011 ein erstes Gutachten (Vorakten S. 459 ff.). Er stellte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronifizierende ängstlich-depressive Entwicklung, aktuell mittleren Grades, mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), DD ausgeprägte Dysthymie (ICD-10: F34.1), medikamentös insuffizient behandelt, mit/bei objektivierten Diskopathien C6/7 und L5/S1 sowie Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung resp. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) (Vorakten S. 448). Diese Diagnosen bestätigte er in seinem Nachgutachten vom 25. April 2013 (Vorakten S. 563). Zur Arbeitsfähigkeit konnte sich der Gutachter nicht abschliessend äussern, da die Blutplasmaspiegel der eingenommenen Antidepressiva unterhalb des therapeutischen Bereichs lagen (Vorakten S. 443). Im Nachgutachten wurde dem Beschwerdeführer dennoch ohne weitere Begründung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent attestiert, obschon die Psychopharmakotherapie noch immer nicht optimal eingestellt war (Vorakten S. 562). Am 2. Juni 2014 erstattete Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein weiteres psychiatrisches Fachgutachten (Vorakten S. 638 ff.). Er stellte die folgenden Diagnosen: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen, emotional unreifen und impulsiven Zügen (ICD-10: Z73.1) sowie Entwicklung körperlicher

Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0). Der Beschwerdeführer sei aus rein psychiatrischer Sicht in der Lage, seine bisherige Tätigkeit im Strassenbau sowie jede andere angepasste Tätigkeit weiterhin zu 100 Prozent mit einer Leistungsminderung von maximal 20 Prozent auszuüben. In seiner Beurteilung zeigte sich der Gutachter erstaunt darüber, dass die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung weder vom Vorgutachter noch vom behandelnden Psychiater gestellt worden sei. Die gesamte Symptomatik des Beschwerdeführers habe eindeutig mit der körperlichen Erkrankung und den seither

Kantonsgericht KG Seite 14 von 19 anhaltenden Klagen über die Schmerzen mit pathologischer Schmerzfixierung und Selbstlimitierung begonnen, was nicht zuletzt im Hinblick auf die schwierige soziale Situation eindeutig zur Entwicklung einer somatoformen Störung geführt habe. In Anbetracht der anhaltend schwierigen finanziellen Situation der Familie und der angesichts fehlender Ausbildung, fortgeschrittenen Alters und marginaler Sprachkenntnisse geringen Aussichten des Beschwerdeführers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei auch nach Erhalt einer Aufenthaltsgenehmigung für die Schweiz von fortbestehenden psychosozialen Belastungen und emotionalen Konflikten auszugehen, welche die Entwicklung und Persistenz der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mühelos erklären würden. Die Definition der ICD-10 einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei beim Beschwerdeführer geradezu lehrbuchmässig erfüllt (Vorakten S. 614, 612). bb) Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, legt in einlässlicher und überzeugender Würdigung der medizinischen Sachlage dar, weshalb vorliegend von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) auszugehen ist und die vom psychiatrischen Vorgutachter diagnostizierte ängstlich-depressive Entwicklung, aktuell mittleren Grades, mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) sowie die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose „Angst und Depression gemischt (ICD-10: F41.2)“ nicht zutreffen können. Der absolut überzeugenden Argumentation von Dr. med. I. _____ ist nichts entgegenzuhalten. Da sich das Gutachten zudem auf eine ausführliche Exploration sowie das dem Gutachter zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen stützt, die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge absolut einleuchtend ist, ist ohne Weiteres darauf abzustellen und aus psychiatrischer Sicht von einer grundsätzlich vollen Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von maximal 20 Prozent auszugehen. Der Beschwerdeführer ficht das Gutachten von Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nicht im Detail an. Vielmehr kritisiert er in pauschaler Art und Weise, dass sich der Gutachter nicht mit den vom Beschwerdeführer beigebrachten Arztzeugnissen auseinandergesetzt habe. Dies trifft aber nicht zu. Dr. med. I. _____ hat sowohl die Arztzeugnisse des behandelnden Psychiaters als auch die beiden psychiatrischen Vorgutachten in umfassender und absolut nachvollziehbarer Weise diskutiert und gewürdigt. Der Vorhalt des Beschwerdeführers entbehrt damit jeglicher Grundlage. Was die vom Beschwerdeführer gerügte fehlende Unabhängigkeit von Dr. med. I. _____ anbelangt, so wird diese Rüge erstmals im vorliegenden Beschwerdeverfahren vorgebracht. Da Ausstands- und Befangenheitsgründe umgehend geltend zu machen sind, d.h. grundsätzlich sobald der Betroffene Kenntnis von den entsprechenden Tatsachen erhält (vgl. Urteil BGer 9C_87/2011 vom 1. September 2011 E. 4.2 mit Hinweisen), der Beschwerdeführer aber nicht behauptet, die gerügte Befangenheit des Gutachters sei ihm erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung der

Vorinstanz bekannt geworden, ist er mit der Rüge der Befangenheit nicht mehr zu hören. Auch bestreitet er die Unabhängigkeit des Gutachters nur in allgemeiner Weise und nicht spezifiziert auf den Fall bezogen. Weiter ist festzustellen, dass die beiden Gutachten von Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, weniger überzeugend sind. Dies deshalb, weil der Gutachter von der gestellten Diagnose einer ängstlich-depressiven Entwicklung, aktuell mittleren Grades, auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent schliesst. Nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung werden leicht-mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar

Kantonsgericht KG Seite 15 von 19 unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens betrachtet; dies selbst dann, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (vgl. Urteil BGer 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit weiteren Hinweisen). Schon vom Schweregrad der Depression her kann dieser keine invalidisierende Beeinträchtigung beigemessen werden (vgl. Urteil BGer 8C_581/2013 vom 10. Dezember 2013 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). Auch die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose „Angst und Depression gemischt (ICD-10: F41.2)“ findet bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression nur dann Verwendung, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt. Treten ängstliche und depressive Symptome in so starker Ausprägung auf, dass sie einzelne Diagnosen rechtfertigen, werden beide Diagnosen eigenständig gestellt und auf diese gemischte Diagnose verzichtet. Entsprechend hat das Bundesgericht wiederholt erkannt, dass die Diagnose „Angst und depressive Störung gemischt“ im Lichte der offiziellen ICD- klassifikatorischen Umschreibung ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren sei, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten könne (Urteile BGer 9C_958/2011 vom 3. Februar 2012 E. 4.3 und 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.2; bestätigt in Urteil BGer 8C_55/2014 vom 27. Februar 2014 E. 4.3). Auf die von den Dres. med. H. _____ und U. _____, beides Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent kann vor diesem Hintergrund nicht abgestellt werden. cc) Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hat die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anhand der sogenannten Förster-Kriterien beurteilt. In BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung aber teilweise geändert und dabei namentlich die Überwindbarkeitsvermutung aufgehoben. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells trat ein strukturiertes, normatives Prüfraster. Wie nachfolgend aufgezeigt wird, führt auch die neue Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 zu keiner anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Nachdem im Jahr 1996 die ersten gesundheitlichen Probleme aufgetreten waren, welche eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatten, war der Beschwerdeführer motiviert, wieder eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen. Er meldete sich als Stellensuchender beim RAV an, stellte bei der IV-Stelle ein Gesuch um Stellenvermittlung und absolvierte diverse Praktika. Die Zusammenarbeit mit dem Beschwerdeführer gestaltete sich aber schwierig, da der Beschwerdeführer wenig Selbstverantwortung an den Tag legte, sondern darauf wartete, dass ihm eine passende Stelle angeboten wird. Es folgte eine Zunahme der bestehenden Schmerzen und Beeinträchtigungen und ein Verzicht seitens des Beschwerdeführers auf weitere berufliche

Massnahmen. Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ gilt es zu sagen, dass der Beschwerdeführer neben der somatoformen Schmerzstörung unter körperlichen Begleiterkrankungen leidet. Gemäss dem rheumatologischen Gutachter handelt es sich beim diagnostizierten Panvertebralsyndrom um altersentsprechende mässiggradige degenerative Veränderungen und bei der Periarthropathia humeroscapularis rechts um degenerative Veränderungen ohne Rupturzeichen (Vorakten S. 431). In einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte Arbeit ohne übermässige Haltungs- und Bewegungsmonotonien und mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition zu wechseln) vermögen die rheumatologischen Befunde weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine Leistungsminderung zu begründen (Vorakten S. 429 f.). Eine echte psychiatrische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer besteht nicht (Vorakten S. 611). Kommt hinzu, dass die

Kantonsgericht KG Seite 16 von 19 psychopharmakologischen Optionen nicht vollständig ausgeschöpft sind (ungenügende Blutplasmaspiegel; kein stationärer Aufenthalt) (Vorakten S. 611). Weiter ist der Beschwerdeführer trotz bestehender Schmerzen in der Lage, sich am Familienleben zu beteiligen, das Haus alleine zu verlassen und seine Familie im Heimatland zu besuchen (Vorakten S. 265, 611, 622 f., 626). Es besteht zwar eine Rückzugstendenz, diese ist jedoch massgeblich durch krankheitsfremde, soziale und finanzielle Aspekte bedingt (Vorakten S. 609). Hinweise auf einen krankheitsbedingten Autonomieverlust bestehen nicht. Eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1) fällt vor diesem Hintergrund ausser Betracht. In Bezug auf die im Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) zu prüfenden Merkmale liegen sodann gemäss gutachterlicher Beurteilung keine produktiv psychotischen Phänomene vor, insbesondere besteht kein Wahn. Auch Wahrnehmungsstörungen oder Halluzinationen sind nicht objektivierbar. Ebenso besteht kein Anhalt für eine Ich-Störung oder Einzelphänomene wie Derealisations- oder Depersonalisationserleben. Die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sind nicht beeinträchtigt, die Gedächtnisleistungen intakt, der formale Gedankengang geordnet, das Abstraktionsvermögen erhalten. Es bestehen keinerlei Hinweise für eine Lernbehinderung oder Intelligenzminderung (Vorakten S. 620). Damit verfügt der Beschwerdeführer über gute persönliche Primärressourcen. Schliesslich gilt es in Bezug auf den Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer über ein intaktes soziales Netzwerk verfügt. Er lebt in einer Familie und nimmt am Familienleben teil. Ein krankheitsbedingter sozialer Rückzug liegt nicht vor. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich in den medizinischen Berichten Hinweise auf eine Aggravationstendenz sowie eine starke Schmerzfixierung und –ausgestaltung mit Symptomausweitung finden. Der Beschwerdeführer sei bezüglich der geschilderten Beschwerden suggestibel, seine Selbstlimitierung nicht adäquat und übertrieben (Vorakten S. 565, 610, 617, 619, 624). Zudem bestehen diverse krankheitsfremde Faktoren: finanzielle Probleme, Verdienstaussichten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, familiäre Belastungen, narzisstische Kränkungen sowie der Wunsch nach Anerkennung (Vorakten S. 610). dd) In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zeigt weder im Komplex „Gesundheitsschaden“ noch in den Komplexen „Persönlichkeit“ und „Sozialer Kontext“ eine negative Beeinflussung. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4) erübrigt sich vor diesem Hintergrund. Das psychiatrische Fachgutachten von Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie FMH

sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hält auch unter der geänderten Rechtsprechung vor Bundesrecht stand, 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). c) Damit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass im vorliegenden Fall von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit/bei chronischem bis chronifiziertem Panvertebralsyndrom, Periarthropathia humeroscapularis rechts bei Bursitis subacromialis und Fersensporn links mit Enthesitis plantaris links, einer Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen, emotional unreifen und impulsiven Zügen (ICD-10: Z73.1) sowie der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) auszugehen ist. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit ohne übermässige Haltungs- und Bewegungsmonotonien und mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition zu wechseln) aus psychiatrisch-rheumatologischer Sicht nicht eingeschränkt, es

Kantonsgericht KG Seite 17 von 19 besteht aber aufgrund einer starken Fixierung auf die eigenen Probleme und die hierdurch leicht verminderte Konzentrationsfähigkeit sowie ein etwas langsames Arbeitstempo aus psychiatrischer Sicht eine verminderte Leistungsfähigkeit von maximal 20 Prozent. 6. 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). a) Bis zum Beginn seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung arbeitete der Beschwerdeführer als Saisonnier im Strassen- und Tiefbau. Es ist davon auszugehen, dass er ohne Gesundheitsschaden weiterhin in diesem Bereich tätig wäre. Gemäss der „Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2010“ (Tabelle TA1, Position 42 [Tiefbau], Anforderungsniveau 4 [einfache und repetitive Tätigkeiten], Männer) wird für diese Arbeiten ein monatlicher Bruttolohn von CHF 5'621.- bezahlt. Die Summe wurde aufgrund einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden berechnet, die durchschnittliche Arbeitszeit im Jahr 2010 betrug jedoch 41.9 Stunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Positionen 41-42, Jahr 2010). Mit dieser Arbeitszeit berechnet beträgt das monatliche Einkommen deshalb CHF 5'888.-. Wäre der Beschwerdeführer, welcher in den Jahren 1995 und 1996 jeweils während 9 Monaten in der Schweiz arbeitete (vgl. Fragebogen für den Arbeitgeber, Vorakten S. 48 ff.), weiterhin in diesem Umfang arbeitstätig, könnte er ein jährliches Einkommen von CHF 52'992.- (9 Monate x CHF 5'888.-) erzielen. Aufgerechnet auf das ganze Jahr beträgt das Valideneinkommen CHF 70'656.- (12 Monate x CHF 5'888.-). Die psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung des Beschwerdeführers hat ergeben, dass in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte Arbeit ohne übermässige Haltungs- und Bewegungsmonotonien und mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition zu wechseln) eine 100- prozentige Arbeitsfähigkeit mit einer um 20 Prozent verminderten Leistungsfähigkeit besteht. Gemäss der „Schweizerischen

Lohnstrukturerhebung 2010“ (Tabelle TA1, Position 82 [wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen], Anforderungsniveau 4 [einfache und repetitive Tätigkeiten], Männer) wird für diese Arbeiten ein monatlicher Bruttolohn von CHF 4'400.- bezahlt. Die Summe wurde aufgrund einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden berechnet, die durchschnittliche Arbeitszeit im Jahr 2010 betrug jedoch 42.1 Stunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Positionen 77+79-82, Jahr 2010). Mit dieser Arbeitszeit berechnet beträgt das monatliche Einkommen deshalb CHF 4'631.-, was einem jährlichen Einkommen von CHF 55'572.- (12 Monate x CHF 4'631.-) entspricht. Somit ist dem Valideneinkommen von CHF 52'992.- (9-monatige Arbeitstätigkeit) resp. CHF 70'656.- (ganzjährige Arbeitstätigkeit) ein Invalideneinkommen von CHF 55'572.- gegenüber zu stellen. Im ersten Fall resultiert keine Erwerbseinbusse und der Invaliditätsgrad beträgt 0 Prozent; im zweiten Fall beträgt die Erwerbseinbusse CHF 15'084.-, was einem Invaliditätsgrad von 21.3 Prozent entspricht. Da der Beschwerdeführer bei beiden Varianten keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat, kann letztendlich offen bleiben, ob er ohne Gesundheitsschaden nach wie vor bloss während einigen Monaten pro Jahr im Strassen- und Tiefbau arbeiten würde oder ob er mittlerweile ganzjährig arbeitstätig wäre.

Kantonsgericht KG Seite 18 von 19 b) Damit ist die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 5. Juni 2014 zu bestätigen. 7. Die Gerichtskosten werden auf CHF 800.- festgesetzt, aber aufgrund der dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 26. November 2014 (608 2014 128) gewährten unentgeltlichen Rechtspflege nicht erhoben. Obschon die Vorinstanz obsiegt, hat sie keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, 2015, Art. 61 N. 199).

Kantonsgericht KG Seite 19 von 19 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird abgewiesen. II. Die Gerichtskosten werden auf CHF 800.- festgesetzt, aber aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege nicht erhoben. III. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die 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, 14. September 2016/dki Präsident Gerichtsschreiberin-Berichterstatlerin

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