

FR_GERICHTE 608 2014 176 vom 28. April 2016

FR Kantonsgericht, 2016-04-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_176

FR: FR_GERICHTE 608 2014 176 du 28 avril 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 176 del 28 aprile 2016

Regeste

Entscheidung des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts |
Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 13. Oktober 2014 gegen die Verfügung vom 19. September 2014 ist durch den Beschwerdeführer frist- und nach entsprechender Ergänzung auch 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. Der Beschwerdeführer stellt in allgemeiner Art den Antrag, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Hierzu ist Folgendes zu bemerken: Indem sein erstes Leistungsbegehren von der Vorinstanz mit Verfügung vom 4. Dezember 2006 abgewiesen wurde und diese Verfügung in Rechtskraft erwachsen ist, kann auf das im vorliegenden Verfahren gestellte Rechtsbegehren des Beschwerdeführers, soweit es auch den Zeitraum vor dem 4. Dezember 2006 betrifft, nicht eingetreten werden. Auf die Beschwerde ist mit dieser Einschränkung einzutreten.

E. 2

a) Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Kantonsgericht KG Seite 4 von 10 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 Satz 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 3.7.1 mit Hinweisen). 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) Wurde gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) 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 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

Kantonsgericht KG Seite 5 von 10 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). c) Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten 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. d) Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der 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

Kantonsgericht KG Seite 6 von 10 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. 3

Eingangs ist festzustellen, dass die Vorinstanz auf die Neuanschuldung eingetreten ist und das Leistungsbegehren 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 Vorinstanz vom 4. Dezember 2006. a) Als Vorbemerkung ist festzuhalten, dass der vorliegende Fall genügend abgeklärt wurde und das medizinische Dossier –

insbesondere was die hier relevante Zeitperiode vom 4. Dezember 2006 bis 19. September 2014 betrifft – komplett ist, womit abschliessend über den Fall entschieden werden kann. Weitere Abklärungen und Begutachtungen, wie vom Beschwerdeführer sinngemäss beantragt, erübrigen sich. b) Zunächst ist auf die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers näher einzugehen, wie sie sich zum Zeitpunkt der letzten materiell-rechtlichen Verfügung der Vorinstanz vom 4. Dezember 2006 darstellte. Damals berief sich die Vorinstanz zur Begründung ihrer Leistungsverweigerung auf den RAD-Bericht vom 20. Oktober 2006, wonach ausser der bestehenden Suchtproblematik, welche für sich allein definitionsgemäss keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstelle, derzeit keine weiteren Krankheiten von Relevanz bestehen würden. Die im Dossier dokumentierten Vorerkrankungen (Knochenbrüche, Unterkieferoperationen) hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (Vorakten S. 52 f.). Diese Beurteilung basierte auf den folgenden medizinischen Grundlagen: Im Austrittsbericht des Spitals des D. _____ vom 25. April 2006, wo der Beschwerdeführer vom 11. bis 24. April 2006 einen stationären somatischen Alkoholentzug durchmachte, wurden die folgenden Diagnosen gestellt: somatische Entzugsbehandlung bei chronischem Alkoholabusus (ICD-10: F10.2), arterielle Hypertonie (ICD-10: I10), dysplastische Veränderung der Rippe 7 links (ICD-10: M89.0), tiefnormale Vitamin B12-Werte (ICD-10: E53.8), Verdacht auf chronischen Trommelfellprozess links unklarer Aetiologie (ICD-10: M73), psychosoziale Problematik. Als Nebendiagnosen wurden genannt: St.n. Tumorentfernung Unterkiefer mit Extraktion aller Zähne im Jahr 1975, St.n. Sturz von Fels mit Schädelfraktur im Jahr 1970 sowie St.n. Tonsillektomie im Jahr 1966. Die Entzugsbehandlung mittels Distraneurin, Catapresan und Temesta sei recht gut verlaufen, die Medikation habe bis zum Austritt vollständig ausgeschlichen werden können. Auch die arterielle Hypertonie habe sich unter Zestril gut eingestellt. Der Beschwerdeführer könne in gutem Allgemeinzustand in das Zentrum für Suchtbehandlung „C. _____“ entlassen werden (Vorakten S. 31 f.). Im Arztbericht vom 9. Juli 2006 nannte der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, die folgenden Diagnosen: chronischer Aethylabusus mit aethylotoxischer Hepatopathie, depressive Verstimmungen mit Antriebslosigkeit, zeitweiliger Verzweiflung, sozialer Isolation und fehlenden beruflichen Zukunftsaussichten, St.n. somatischer Entzugsbehandlung vom 11. bis 24. April 2006 im Spital des D. _____ und derzeitigem stationären Aufenthalt zur Stabilisierung der Alkohol-Abstinenz im Zentrum für Suchtbehandlung „C. _____“, St.n. nach zweimaligen Stürzen im Aethylrausch mit Verletzungen der rechten Schulter (März 2004) und linken Schulter (März 2005) mit verzögertem Heilungsverlauf. Der Beschwerdeführer sei wegen seines chronischen Aethylkonsums bis auf

Kantonsgericht KG Seite 7 von 10 weiteres zu 100 Prozent arbeitsunfähig. Nach Abschluss der Behandlung, die wahrscheinlich noch mehrere Monate dauere, würden sich berufliche Massnahmen aufdrängen. Immerhin könne festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer zurzeit abstinent sei und bei einer geeigneten Betreuung auch abstinent bleiben werde. Er könne ihm eine gute Prognose stellen (Vorakten S. 37 ff.; vgl. auch den Fragebogen zuhanden des Vertrauensarztes des Zentrums für Suchtbehandlungen „C. _____“ vom 11. April 2006, Vorakten S. 33 f.). c) Seither finden sich im Dossier die Berichte über die folgenden Behandlungen und Untersuchungen: Am 14. März 2013 berichtete Dr. med. F. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, dass der Beschwerdeführer seit etwa 6 Monaten wieder Schmerzen in der rechten Schulter verspüre.

Es würden auch Bewegungseinschränkungen bestehen. Er stellte die Diagnose einer Omarthrose rechts, St.n. möglicher Osteonekrose des Humeruskopfes. Diese Diagnose und ihre Auswirkungen würden einmal einen chirurgischen Eingriff notwendig machen, doch sei der Beschwerdeführer im Moment noch nicht daran interessiert (Vorakten S. 71). In ihrem Arztbericht vom 3. Februar 2014 stellte Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die folgenden Diagnosen: Angst und depressive Störung gemischt (ICD- 10: F41.2) sowie diverse somatische Störungen. Neben körperlichen Beschwerden (Kreislaufproblematik, rheumatologische Probleme) leide der Beschwerdeführer unter zunehmender psychischer Erschöpfung und Verlust des Selbstvertrauens, was schon vorbestehende Angstsymptome massiv verstärke und jedes weitere Bemühen um Arbeitssuche stark behindere. Die Angstsymptome würden sich mit Schweissausbrüchen, Herzklopfen und Übelkeit äussern, die spontan, aber vor allem vor jeder kleinen Herausforderung oder bei Stress auftreten könnten. Er sei rasch erschöpft und depressiv verstimmt. Da der Beschwerdeführer schon längere Zeit arbeitslos sei, seien keine sicheren Angaben zu seiner Arbeitsunfähigkeit möglich. Zwar sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit weiterhin zumutbar, der zeitliche Rahmen müsse aber noch weiter abgeklärt werden. Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit in einem geschützten Rahmen könne indessen sofort mit einem Pensum von 50 Prozent begonnen werden (Vorakten S. 93). Gemäss dem Bericht des neuen Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und manuelle Medizin SAMM, vom 8. April 2014 bestehen die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: chronische Depression mit rezidivierendem Alkoholabusus (bestehend seit über 10 Jahren), Arthrose (Schulter rechts sowie Knie beidseits), Bluthochdruck sowie Herzrhythmusstörungen. Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen. Bezüglich der Zumutbarkeit verwies der Arzt auf die Berichte der Dres. med. F._____, und G._____. Eingliederungsmassnahmen erachtete der Arzt wegen des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers als schwierig (Vorakte S. 100 ff.). In ihrem Bericht vom 16. Juni 2014 äusserte sich Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dahingehend, dass gegenwärtig keine Alkoholabstinenz bestehe. Ihres Wissens sei keine spezialärztliche Untersuchung beim Neurologen veranlasst worden. Der Beschwerdeführer berichte subjektiv auch über keine neurologischen Symptome (Vorakten S. 101). In seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2014 verneinte der RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, das Vorliegen eines IV-relevanten Gesundheitsschadens. Die von

Kantonsgericht KG Seite 8 von 10 der Psychiaterin vorgeschlagene Diagnose (Anpassungsstörung mit Depression und Angst gemischt; ICD-10: F41.2) könne verwendet werden, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrsche und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertige. So sei diese Diagnose wegen der per definitionem milden Symptome als nicht invalidisierend zu betrachten. Ausserdem gründe diese Diagnose weiterhin auf krankheitsfremden Ursachen (soziale Umgebung, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit). Die vom Hausarzt berichteten Beschwerden wiederum würden – abgesehen von einer Konsultation bei einem Rheumatologen, welcher jedoch keine Entzündungszeichen beobachtet und keine dringende Operation der Schulter rechts nach möglicher Humeruskopf-Nekrose empfohlen habe – von keinem Spezialisten betreut. Möglicherweise könne dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Hilfspfleger wegen seines Schulternstatus nicht mehr empfohlen werden, es bestehe aber weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit in jeder anderen, schulterschonenden Tätigkeit. Auch in der früheren

Tätigkeit als Verkäufer bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. das Schreiben vom 30. Juni 2014; Vorakten S. 105). Da die arterielle Hypertonie und die Herzrhythmusstörungen nicht spezialärztlich behandelt würden und sich im Bericht des Hausarztes kein Hinweis für eine Dekompensierung finde, hätten auch diese Krankheiten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig (Vorakten S. 103).

E. 4

Vorliegend ist festzustellen, dass die Beurteilung des RAD-Arztes vom 26. Juni 2014 zu keinen Beanstandungen Anlass gibt, da sie umfassend, gut begründet, logisch und nachvollziehbar ist. Dass der RAD-Arzt nicht selber eine Untersuchung durchgeführt hat, schmälert den Beweiswert seiner Stellungnahme nicht schon an sich (vgl. Urteil BGER 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1, bestätigt in Urteil BGER 9C_649/2012 vom 7. Juni 2013 E. 3.2). Es kann somit ohne weiteres darauf abgestellt werden. Damit ist die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes wie folgt zu beurteilen: a) Der Beschwerdeführer leidet unter verschiedenen somatischen Beschwerden. Es bestehen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der rechten Schulter bei einer Omarthrose rechts und einem St.n. möglicher Osteonekrose des Humeruskopfes, eine Gonarthrose beidseits, Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer deshalb aber nicht attestiert. Der Hausarzt begründet diese alleine mit psychischen Gründen (Vorakten S. 98), der konsultierte Rheumatologe äussert sich hierzu gar nicht, sondern verweist darauf, dass die Omarthrose rechts einmal einen chirurgischen Eingriff notwendig machen werde, der Beschwerdeführer im Moment aber noch nicht daran interessiert sei (Vorakten S. 70). Dies deutet darauf hin, dass der Leidensdruck des Beschwerdeführers betreffend seine Schulterschmerzen rechts noch nicht so gross ist, dass er die ihm zur Verfügung stehenden medizinischen Möglichkeiten voll ausschöpft. Kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer bereits zum Zeitpunkt der letzten materiell-rechtlichen Verfügung vom 4. Dezember 2006 über ständige Schulterschmerzen rechts klagte und sich deshalb nicht im Stande fühlte, einer Arbeit nachzugehen (Vorakten S. 34; vgl. auch Vorakten S. 35 und 37). Auch die arterielle Hypertonie wurde bereits im Austrittsbericht des Spitals des D. _____ vom 25. April 2006 (Vorakten S. 31 f.) erwähnt. Diese Beschwerden sind somit nicht neu und begründen keine höhere Arbeitsunfähigkeit. Somatischerseits kann damit festgestellt werden, dass seit der letzten materiell-rechtlichen Verfügung vom 4. Dezember 2006 neue Beschwerden hinzugekommen sind (Arthrose und Herzrhythmusstörungen). Diese Diagnosen sind aber derart diskret ausgeprägt, dass weder vom

Kantonsgericht KG Seite 9 von 10 Hausarzt eine spezialärztliche Behandlung veranlasst wurde, noch der Beschwerdeführer an einem möglichen chirurgischen Eingriff, der zu einer Reduktion seiner Beschwerden beitragen würde, momentan interessiert ist. Kommt hinzu, dass die Arbeitsunfähigkeit alleine mit psychischen Gründen begründet wird. Damit haben sich die somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum nicht in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert. b) Auch die psychischen Probleme des Beschwerdeführers bestanden schon zum Zeitpunkt der letzten materiell-rechtlichen Verfügung vom 4. Dezember 2006. Der Austrittsbericht des Spitals des D. _____ vom 25. April 2006 erwähnt eine psychosoziale Problematik (Vorakten S. 31), der Bericht des damaligen Hausarztes vom 9. Juli 2006 Probleme wie Arbeitslosigkeit, Wohnen und Schlafstörungen. Es bestehe eine depressive Verstimmung mit

Antriebslosigkeit, zeitweiliger Verzweiflung, sozialer Isolation und fehlenden beruflichen Zukunftsaussichten. Der Beschwerdeführer habe keine Lebensfreude mehr, sehe in seinem Leben keinen Sinn und fühle sich nicht verstanden. Im Dezember 2004 habe er einen Reintegrations- Kurs des RAV abbrechen müssen, weil er während des Kurses unter Schweissausbrüchen, Unwohlsein, Übelkeit sowie Elendsgefühl gelitten habe (Vorakten S. 37 und 35; vgl. auch den Fragebogen zuhanden des Vertrauensarztes des Zentrums für Suchtbehandlungen „C._____“ vom 11. April 2006, Vorakten S. 33 f.). In ihrem Arztbericht vom 3. Februar 2014 fasste die Psychiaterin diese Beschwerden unter der Diagnose „Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2)“ zusammen. Wie der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2014 (Vorakten S. 103) zu Recht ausführt, findet diese Diagnose bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung, jedoch nur, 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). Da im vorliegenden Fall die genannte Diagnose unstrittig ihre Erklärung zwar in belastenden, jedoch invaliditätsfremden psychosozialen Umständen wie Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, soziale Umgebung und Sucht findet, gleichsam in ihnen aufgeht, ist beim Beschwerdeführer ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden zu verneinen (vgl. BGE 127 V 24 E. 5a). c) Was den seit über 10 Jahren bestehenden rezidivierenden Alkoholabusus anbelangt, so ist auch diese Diagnose nicht neu, da sie bereits zum Zeitpunkt der letzten materiell-rechtlichen Verfügung vom 4. Dezember 2006 bestand. Ausserdem liegt Invalidität bei Sucht nur vor, wenn die Sucht Folge eines Gesundheitsschadens ist, der zur Invalidität führt, oder wenn sie zu einem solchen geführt hat. Dies ist aber gerade beim Beschwerdeführer nicht der Fall (vgl. die Verfügung vom 4. Dezember 2006; Vorakten S. 56 f.).

E. 5

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass keine invalidenversicherungsrechtlich massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes Kantonsgericht KG Seite 10 von 10 vorliegt. Der Beschwerdeführer ist in jeder schulterschonenden Tätigkeit weiterhin zu 100 Prozent ohne Leistungsminderung arbeitsfähig. Die vorliegende Beschwerde ist damit vollumfänglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist, und die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 19. September 2014 zu bestätigen.

E. 6

Die Gerichtskosten werden auf CHF 800.- festgesetzt, aber aufgrund der mit Verfügung vom 26. Januar 2015 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). Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde

wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 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 Beschwerde-schrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Sie müssen die Gründe angeben, weshalb Sie die Änderung dieses Urteils verlangen. Damit das Bundesgericht Ihre 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, 28. April 2016/dki
Präsident Gerichtsschreiberin-Berichterstatterin

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