

FR_GERICHTE 608 2016 27 vom 16. Januar 2018

FR Kantonsgericht, 2018-01-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_27

FR: FR_GERICHTE 608 2016 27 du 16 janvier 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2016 27 del 16 gennaio 2018

Regeste

Urteil des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die vorliegende Beschwerde wurde durch die rechtsgültig vertretene Beschwerdeführerin frist- und formgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht. Die Beschwerdeführerin hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, II. Sozial- versicherungsgerichtshof, prüft, ob sie Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

a) Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwen- dung 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 Geburtsge- brechen, Krankheit oder Unfall sein. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Ge- sundheitsschäden 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 invalidenversi- cherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die ver- sicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu ver- werten, 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). Gemäss bisheriger Recht- sprechung begründeten eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ver- gleichbare psychosomatische Leiden als solche noch keine Invalidität. Es bestand die Vermutung, die Störung oder ihre Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Den- noch wurde bei solchen Leiden ausnahmsweise eine Invalidität angenommen, was anhand der sogenannten „Förster-Kriterien“ geprüft wurde (BGE 130 V 352). Mit BGE 141 V 281 wurde diese Rechtsprechung teilweise geändert und dabei namentlich die Überwindbarkeitsvermutung aufge- hoben. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells trat ein strukturiertes, normatives Prüf- raster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezo- genen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhan- denen Ressourcen Rechnung getragen wird. Die auf Begrifflichkeiten des medizinischen Klassifi- kationssystems abstellende Diagnose einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung oder ei-

Kantonsgericht KG Seite 4 von 16 nes vergleichbaren psychosomatischen Leidens kann indes nur zu einer invalidenversicherungs- rechtlich 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 solchen Ausschlussgründen (wie Aggravation, Simulation, Selbstlimitation, einem sekundären Krankheitsgewinn oder einer ähnlichen Konstellation), liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 und 3.7.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 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 Invaliden- versicherung (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 erheb- lichen Weise geändert hat. Bei einer Neuanmeldung der versicherten Person nach früherer Leistungsverweigerung sind die Revisionsregeln analog anwendbar (Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 134 V 131 E. 3; 117 V 198 E. 3a). Zwar handelt es sich bei der Neuanmeldung und der Rentenrevision nicht um identische, wohl aber um ähnliche Rechtsinstitute, insoweit beide auf eine erneute Prüfung eines Leistungsan- spruchs aufgrund veränderter Verhältnisse zielen. Dementsprechend knüpft das Gesetz das Ein- treten auf eine Neuanmeldung an dieselben Voraussetzungen, wie sie im Falle eines Revisionsge- suchs gelten. Für die erforderliche Glaubhaftmachung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades wie auch für die materiell-rechtliche Anspruchsprüfung besteht eine grundsätzli- che Analogie zwischen Neuanmeldung und Revision nach Art. 17 ATSG (BGE 133 V 108 E. 5.2). Rechtsprechungsgemäss ist die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht, mit demjenigen anlässlich der streitigen Revisionsverfügung zu be- urteilen (BGE 134 V 131 E. 3; 133 V 108 E. 5). 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 Anspruchs- berechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine

Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwal-

Kantonsgericht KG Seite 5 von 16 tung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen und zu untersuchen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen (BGE 117 V 198 E. 3a und 4b). Daher unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanschuldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b). Bei der Beurteilung einer Neuanschuldung kann sich eine wesentliche Veränderung des Invaliditätsgrades nicht nur durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sondern auch aus anderen Gründen, so namentlich auch wegen der Änderung der Berechnungsmethode infolge eines Statuswechsels ergeben (KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, 2015, Art. 17 N. 33; vgl. Urteil BGer 8C_450/2009 vom 20. August 2009 E. 2.2.1). Zur Klärung der Statusfrage werden von der Rechtsprechung verschiedene Kriterien herangezogen, die ihm Rahmen der Sachverhaltsabklärung als Indizien zu würdigen sind. Dabei spielen auch innere Abläufe bei der versicherten Person eine Rolle (KIESER, Art. 8 N. 37 ff.). Der Status, der vom Versicherten für den Fall, dass er ohne Gesundheitsschaden wäre, eingenommen würde, ist dabei nicht nur nach den Aussagen des Versicherten, sondern auch anhand der konkreten Situation und der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b). 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). Bei der Folgenabschätzung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.2). 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). 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 Beweis- mittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

Kantonsgericht KG Seite 6 von 16 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). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil EVGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen). e) Intertemporalrechtlich ist in Bezug auf die Praxisänderung zur somatoformen Schmerz- störung zu beachten, dass nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se verlieren. Mit Blick auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderun- gen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens ist jedoch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutach- ten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 3

Im vorliegenden Fall ist die IV-Stelle auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 23. April 2014 eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Streitig ist, ob die IV- Stelle den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 12. Januar 2016 zu Recht abgelehnt hat. Für die Beurteilung dieser Frage ist zu prüfen, ob im Zeitraum seit der letzten mate- riell-rechtlichen Verfügung vom 12. März 2008 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. Januar 2016 eine wesentliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist. a) Die letzte materiell-rechtliche Verfügung vom 12. März 2008 basiert auf der folgenden medizinischen Grundlage: Im bidisziplinären Gutachten vom 7. Januar 2008 (Vorakten S. 188 ff.; vgl. auch S. 178 ff.) stellten die Dres. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die folgenden Diagnosen: (1) anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit kaum vorhandener kultureller Integration, (2) chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom (nicht ausreichend somatisch abstützbar; Panalgie; diffuse Druckdolenz; nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörungen für ausschliesslich taktile Reize der rechten Extremitäten; Polyarthralgien; Beschwerden am Körperstamm; anamnestisch Steh- und Gehunsicherheit), (3) lumbalbetontes Panvertebralsyndrom (ohne radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom; St.n. Diskushernienoperation von LWK4/5 rechts am 19. April 2005), (4) Adiposi- tas (Body-Mass-Index von 33.5), (5) diskrete laborchemische Hepatopathie, (6) anamnestisch 25- OH Vitamin-D3-Mangel, (7) Vitamin-B12-Mangel (ohne gesicherte hämatologische oder neurologi- sche Komplikationen), (8) anamnestisch Reizmagen-Syndrom, (9) subklinische Hypothyreose möglich. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei nicht eingeschränkt, weder in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiterin beim Aufbereiten und Verpacken von Gemüse und für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mässiggradig körperlich belastendem Arbeitsprofil (Vor- akten S. 180, 190, 197), noch in Bezug auf eine angepasste Verweistätigkeit mit leichter bis mäs- siger körperlicher Belastung in einem temperierten Raum, der Möglichkeit zu Wechselhaltungen (sitzend, stehend und gehend) und keinen repetitiv zu bewegendem Gewichten von über 10kg. Das

Einhalten der Rückergonomie sei wünschenswert, beim derzeitigen Ausmass des Übergewichtes aber nicht immer möglich (Vorakten S. 179, 189). Der RAD-Arzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, erachtete das bidisziplinäre Gutachten in seiner Stellungnahme vom 24. Januar 2008 (Vorakten S. 205 f.) als klar und nachvollziehbar. Trotz der Diskushernienoperation von LWK4/5 rechts vom 19. April 2005 sowie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Panalgie sei die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit (keine schwere Arbeit, kein Heben von Lasten über 10kg, keine länge-

Kantonsgericht KG Seite 7 von 16 ren sitzenden oder stehenden Stellungen, keine Zwangshaltung) seit September 2005 wieder voll arbeitsfähig. Allerdings sei die bisherige Tätigkeit (Tätigkeit in Kühlräumen) kontraindiziert und nicht mehr zumutbar. b) Seither hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wie folgt entwickelt: Im Mai 2010 beklagte die Beschwerdeführerin Schmerzen im Bereich der LWS. Eine Röntgenuntersuchung vom 18. Mai 2010 ergab eine schmale mediodorsale Protrusion L3/4 bis und mit L5/S1 und postoperative Veränderungen der Lamina L4 rechts. Die Bandscheibe L4/5 sei fast voll- ständig aufgebraucht. Keine umschriebene Wurzelkompression (Vorakten S. 357). Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, diagnostizierte ein chronisch-rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei assoziierter Enthesitis der SIPS und des Trochanter major rechts. Höchstwahrscheinlich dürfte auch eine psychogene Überlagerung eine gewisse Rolle spielen. Die Beschwerdeführerin wurde mittels Infiltration behandelt (Konsiliarbericht vom 5. Juni 2010, Vorakten S. 360 f.). Auch anlässlich einer weiteren MRI-Untersuchung vom 12. Oktober 2015 bestanden keine Hinweise auf eine Neurokompression (Arztbericht vom 13. Oktober 2015, Dr. med. G._____, Facharzt für Radiologie FMH, Vorakten S. 520). Am 10. Oktober 2011 musste die Beschwerdeführerin wegen persistierender Knieschmerzen, die seit Februar 2011 bestanden und von einer komplexen medialen Meniskusläsion herrührten, am linken Knie operiert werden (diagnostische Arthroskopie und mediale subtotale Teilmeniskektomie; Operationsbericht vom 13. Oktober 2011, Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Vorakten S. 282 f.; Konsiliarbericht vom 6. Juli 2011, Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, Vorakten S. 363). Bei weiterhin bestehenden Beschwerden wurde am 10. November 2011 zur Beschleunigung des Rehabilitationsprozesses eine Infiltration vorgenommen (Bericht vom 15. November 2011, Dr. med. H._____, Vorakten S. 284 f.). Trotz anhaltenden leichten Beschwerden beim Treppabgehen bestand seit Mitte Dezember 2011 eine deutliche Besserung der Beschwerdesymptomatik (Bericht vom 20. Dezember 2011, Dr. med. H._____, Vorakten S. 288 f.). Allerdings traten nach einer rotationsartigen Kniebelastung am 23. März 2012 erneut starke Knieschmerzen auf, die gemäss MRI-Untersuchung auf eine Läsion des Restminiskus mit grosser Knorpelläsion femoral medial zurückzuführen waren. Dr. med. H._____ operierte die Beschwerdeführerin am 23. Mai 2012 ein zweites Mal am linken Knie (diagnostische Arthroskopie, subtotale mediale Teilmeniskektomie, Knorpeldébridement femoral medial, Mikrofrakturierung femoral medial und Entfernung der freien Gelenkkörper; Operationsbericht vom 30. Mai 2012, Vorakten S. 293 f.; vgl. auch Arztberichte vom 1. und 8. Mai 2012, Vorakten S. 291 f.). Wegen weiterhin anhaltender Schmerzen im linken Knie wurde am 11. März 2013 schliesslich eine Hemiprothese medial ins linke Knie implantiert (Operationsbericht vom 15. März 2013, Vorakten S. 304 f.). In den weiteren Nachkontrollen von April bis

Dezember 2013 zeigte sich, dass sich der postoperative Zustand des linken Knies zusehends verbesserte (Vorakten S. 308 f., 310 f., 312 f., 314 f.). Im März 2014 bestanden noch leichte belastungsabhängige Beschwerden vom Kniegelenk mit Ausstrahlung nach proximal bis in die Höhe des Hüftgelenkes. Die Beweglichkeit sei gut, das Muskelaufbautraining sei nicht mehr durchgeführt worden (Vorakten S. 316 f.). Im Oktober 2012 traten bei der Beschwerdeführerin sodann auch Beschwerden in der rechten Schulter auf, weshalb Dr. med. H. _____ eine MRI-Untersuchung veranlasste. Er diagnostizierte ein subacromiales Impingement mit Begleitbursitis sowie eine SLAP III Läsion und nahm eine Infiltration vor (Arztbericht vom 21. Februar 2013, Vorakten S. 302 f.). Die Schulterbeschwerden bestanden weiterhin und mussten in der Folge erneut durch Infiltration behandelt werden

Kantonsgericht KG Seite 8 von 16 (Arztbericht vom 4. April 2014, Vorakten S. 319). Am 27. Oktober 2014 wurde die rechte Schulter schliesslich operiert (diagnostische Arthroskopie, Bizepsstenotomie und –tenodese, subacromiale Bursektomie und Dekompression sowie AC-Gelenksresektion; Arzteugnis vom 12. Dezember 2014, Vorakten S. 394; Operationsbericht vom 30. Oktober 2014, Vorakten S. 397 f.). Im Februar 2015 berichtete Dr. med. H. _____ über eine weiterhin schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit. Die Beschwerdeführerin führe die Physiotherapie eher ungern durch und habe mit der Wasserbadtherapie noch nicht begonnen (Bericht vom 13. Februar 2015, Vorakten S. 394 f.; Verlaufsbericht vom 24. Februar 2015, Vorakten S. 399 f.). Im Sommer 2013, nach einem Sturz auf das linke Handgelenk, musste sich die Beschwerdeführerin am 31. August 2013 einer Handgelenksoperation (Osteosynthese einer distalen extraartikulären Radiusfraktur links) unterziehen. Nach Abschluss der postoperativen Behandlung war das Handgelenk wieder ohne Einschränkung belastbar (Arztbericht vom 18. März 2015, Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Vorakten S. 408). Im Frühjahr 2014 machten sich bei der Beschwerdeführerin auch Beschwerden im linken Hüftgelenk bemerkbar. Gestützt auf eine radiologische Untersuchung stellte Dr. med. H. _____ die Diagnose des Verdachts auf ein Impingement des Hüftgelenks links oder auf eine Labrumläsion (Arztbericht vom 20. März 2014, Vorakten S. 316 f.). Wegen zunehmender Schmerzen in der linken Hüfte erstellte er im Juni 2015 eine radiologische Beckenübersicht (linke Hüfte axial), die zur Diagnose einer Bursitis trochanterica führte, wobei auch Anzeichen eines femoroazetabulären Impingements vorlagen. Die schmerzenden Stellen wurden mittels Infiltration behandelt (Arztbericht vom 19. Juni 2015, Vorakten S. 511 f.). Im März 2015 klagte die Beschwerdeführerin über Schmerzen an der Halswirbelsäule, die von Dr. med. H. _____ nach einer MRI-Untersuchung vom 11. März 2015 als eine Einengung des Neuroforamens C5/6 mit Reizung der Wurzel C6 diagnostiziert wurden (Arztbericht vom 6. März 2015, Vorakten S. 403 f.; Arztbericht vom 13. März 2015, Vorakten S. 407). Am 19. Juni 2015 äusserte Dr. med. H. _____ sodann den Verdacht auf eine symptomatische Foraminalstenose C5/6 rechts (DD: Weichteilrheumatismus) (Bericht vom 10. Juli 2015, Vorakten S. 510). Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. J. _____, Praktische Ärztin für Allgemeinmedizin, führte im Verlaufsbericht vom 21. Juli 2014 verschiedene Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Knie links: St.n. Implantation Hemiprothese; Schulter rechts: SLAP Läsion Typ III, Impingement; Hüfte links: V.a. Impingement/Labrumläsion; St.n. Osteosynthese einer distalen Radiusfraktur; St.n. Diskushernienoperation C4/5 rechts). Als einzige Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie eine seit 2009

bestehende arterielle Hypertonie. Es würden seit Jahren rezidivierende und wechselnde Gelenkschmerzen bestehen, welche auch klinisch objektivierbar seien und zu einer verminderten Belastbarkeit führten (Vorakten S. 266 ff.). Im darauffolgenden Verlaufsbericht vom 30. September 2015 diagnostizierte die Hausärztin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), ein Fibromyalgiesyndrom, ein chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom sowie Zervikalgien (eingengtes Foramen C5/6). Die gesundheitliche Störung der Beschwerdeführerin habe keine Auswirkungen auf die bisherige Tätigkeit, welche noch „in vollem Mass“ zumutbar sei (Vorakten S. 515 ff.). Am 26. Januar 2016, mithin nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 12. Januar 2016, reichte Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, eine weitere umfassende Stellungnahme ein, in welcher er über die

Kantonsgericht KG Seite 9 von 16 diversen, von der Beschwerdeführerin beklagten und von ihm behandelten Beschwerden berichtete (Beschwerdebeilage 3). c) Auf Empfehlung des RAD gab die Vorinstanz im Frühjahr 2015 eine bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische) Begutachtung in Auftrag: aa) Das rheumatologische Gutachten wurde am 20. Mai 2015 von Dr. med. B. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, erstellt (Vorakten S. 438 ff.). Der Gutachter stützt sich dabei auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten, seine Exploration vom

E. 7

Die Gerichtskosten zu Lasten der unterliegenden Beschwerdeführerin werden auf CHF 800.- festgesetzt und sind mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in der gleichen Höhe zu verrechnen. Die mit ihren Anträgen unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung.

Kantonsgericht KG Seite 16 von 16 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird abgewiesen. II. Es werden Gerichtskosten in der Höhe von CHF 800.- zu Lasten von A. _____ erhoben und mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in der gleichen Höhe 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, 16. Januar 2018/asp Präsident Gerichtsschreiberin

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