

# FR\_GERICHTE 608 2019 254 vom 22. April 2020

FR Kantonsgericht, 2020-04-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2019\\_254](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_254)

FR: FR\_GERICHTE 608 2019 254 du 22 avril 2020

IT: FR\_GERICHTE 608 2019 254 del 22 aprile 2020

## Regeste

Urteil des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Die Beschwerde vom 23. September 2019 gegen die Verfügung vom 20. August 2019 ist durch den rechtsgültig vertretenen 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 ihm die Vorinstanz zu Recht nur eine befristete halbe Rente zugesprochen hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### E. 2

Vorab ist festzustellen, dass von der beantragten Beiziehung der Akten der Arbeitslosenversicherung keine erheblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, welche für die Beurteilung des vorliegend streitigen Rentenanspruchs von entscheidender Bedeutung sein könnten. Namentlich lassen die im Rahmen des Beschäftigungsprogramms bei der F.\_\_\_\_\_ gemachten Erfahrungen keine Rückschlüsse auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit oder das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers zu, dienen doch arbeitsmarktliche Massnahmen, wie etwa Beschäftigungsprogramme, dazu, die Wiedereingliederung von Arbeitslosen zu unterstützen, und nicht dazu, die Restarbeitsfähigkeit eines Versicherten abzuklären oder zu beurteilen. Von der beantragten Beiziehung der Akten der Arbeitslosenversicherung ist deshalb, ohne den Anspruch auf rechtliches Gehör zu verletzen, abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3; 134 I 140 E. 5.3; 124 V 90 E. 4b).

### E. 3.1

Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder Kantonsgericht KG Seite 4 von 15 teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt

zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 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.

### **E. 3.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird gemäss Art. 17 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3). Wird in einer Verfügung dem Versicherten gleichzeitig eine Rente mit rückwirkender Wirkung zugesprochen und diese in der Folge erhöht, gekürzt oder aufgehoben, so entspricht dies einer Revisionsverfügung. Dabei ist es irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird. In einem solchen Fall muss der Sachverhalt im Moment der Zusprechung der Rente mit dem verglichen werden, bei welchem die Rente erhöht, gekürzt oder aufgehoben wird (BGE 131 V 164 E. 2; 125 V 413 E. 2d). Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 417 E. 2d mit Hinweisen). Der Zeitpunkt der Rentenanpassung bzw. Rentenaufhebung muss entsprechend Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vorgenommen werden (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil EVG I 21/05 vom 12. Oktober 2005 E. 3.3). Gemäss dieser Bestimmung ist die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

### **E. 3.3**

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 Kantonsgericht KG Seite 5 von 15 (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, d.h. arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 130 V 97 E. 3.3.2). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird 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 (Urteil BGer 9C\_48/2015 vom 1. Juli 2015 E. 3.3.3). Bei langdauernder Arbeits- unfähigkeit im angestammten Beruf hat die versicherte Person andere ihr offen stehende Erwerbs- möglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 404 E. 2; 114 V 281 E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachver- halt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 20 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person abzustellen, hätte es doch diese ansonsten in der Hand, ihren Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen.

#### **E. 3.4**

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 wider- sprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweisma- terial 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 entschei- dend, 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 Beurtei- lung 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 Stellung- nahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Güns- ten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen).

#### **E. 4**

Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), DD Depression (ICD-10: F32.9) Insgesamt sei nicht mehr von einer leichten, sondern von einer höhergradigen traumatischen Hirn- verletzung auszugehen. Die beklagten Kopfschmerzen seien zurzeit als Medikamentenüberge- brauchskopfschmerzen einzustufen. Ob zusätzlich eine posttraumatische Komponente bestehe, könne unter den Analgetika nicht differenziert werden. Auch der Anteil der beklagten mnestischen Defizite an Depression, Schmerz und traumatischer Hirnverletzung lasse sich nicht im Detail diffe- renzieren. Zumindest partiell könnten die Defizite durch die berichteten posttraumatischen hirnor- ganischen Auffälligkeiten (kleine Blutung im Uncus des Gyrus parahippocampalis rechts und im Lobulus parietalis superior links) mitbedingt sein. Gut vereinbar mit diesen Befunden seien insbe- sondere die Gedächtnisdefizite sowie die visuokonstruktiven Schwierigkeiten. Die Schlafstörungen könnten schmerz- oder depressionsbedingt sein (Vorakten S. 107 f.). Weiter habe sich eine mittelschwere kognitive Einschränkung gezeigt, von der angenommen werden könne, dass sie aktuell zu einem Grossteil durch die Schmerzbelastung und durch die depressive Symptomatik des Beschwerdeführers bedingt sein dürfte. Die Gedächtnisdefizite sowie die visuokonstruktiven Schwierigkeiten würden allerdings auch zu den im MRI-Befund beschriebe- nen Blutungen im Uncus des Hippocampus sowie im Lobulus parietalis

superior links passen. Bei geringer Schulbildung sei auch an vorbestehende Schwächen zu denken (Vorakten S. 108). Es wurden eine neurologische Betreuung zur Behandlung der Kopfschmerzen durch Schmerzmittel und anschliessend weitere, medikamentöse Massnahmen bei Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, empfohlen und zur intensivierten, psychotherapeutischen Betreuung, Tagesstrukturierung, allgemeinen Aktivierung und für physiotherapeutische Massnahmen die Anbindung des Versicherten an die Institution E. \_\_\_\_\_, „O. \_\_\_\_\_“. Die tagesklinische Behandlung dort könnte parallel zur Arbeit laufen, zusätzlich könnte der Versicherte von der ambulanten, neurologischen Kopfschmerztherapie profitieren. Die psychiatrische Behandlung müsse entweder in Ergänzung zum psychotherapeutischen Angebot der Institution stattfinden, insbesondere zur Adjustierung der Psychopharmakotherapie, oder, sofern die psychotherapeutische Behandlung nicht in der Institution stattfinden würde, an Frequenz deutlich intensiviert werden. Kognitives Training werde zurzeit nicht empfohlen, weil davon ausgegangen werde, dass ein beträchtlicher Teil der kognitiven Defizite durch die Schmerzen und die Depression bedingt seien. Sollten nach Besserung dieser Symptomatik immer noch alltagsrelevante kognitive Defizite beklagt werden, müsste über weitere Massnahmen gesprochen werden (Vorakten S. 109 f., 114).

#### **E. 4.1**

Aus den vorliegenden medizinischen Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall vom 12. September 2014 mit der Ambulanz ins Bezirksspital G. \_\_\_\_\_ (D. \_\_\_\_\_) überführt worden war, wo er bis zum 16. September 2014 hospitalisiert war. Im Austrittsbericht wurden die folgenden Diagnosen gestellt: Contusio capitis, commotio cerebri und extensio colli. Im neurologischen Status wurde kein Defizit festgestellt, im Röntgen keine frischen Änderungen. Die Laboranalysen waren ohne pathologische Besonderheiten. Allerdings war das EEG leicht unregelmäßig (Bericht vom 19. September 2014, Vorakten S. 9; vgl. auch den Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 20. September 2014, Vorakten S. 10). Nach seiner Rückkehr in die Schweiz suchte der Beschwerdeführer am 21. September 2014 seinen Hausarzt, med. pract. I. \_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, auf, welcher ihm bis zum 19. Oktober 2014 eine volle und ab dem 20. Oktober 2014 eine 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit attestierte (diverse Berichte; vgl. u.a. Vorakten S. 16, 55, 75, 403, 538, 559). Kantonsgericht KG Seite 6 von 15 Ein MRT des Neurocraniums vom 24. September 2014 ergab posttraumatische Veränderungen mit diskretem subduralem Hygrom rechts hemisphärisch und diskreter, am ehesten posttraumatisch bedingter duraler Verdickung rechts hemisphärisch betont. Ferner wurden kleine residuelle intraparenchymatöse Blutungen im Uncus gyri parahippocampalis rechts und im Lobulus parietalis superior links, eine frontale Arachnoidalzyste rechts sowie eine diskrete, DD posttraumatische, DD vaskuläre Leukenzephalopathie festgestellt (Bericht des Röntgeninstituts J. \_\_\_\_\_, Vorakten S. 15). Ein weiteres MRT der Wirbelsäule (HWS) und Schulter (Arthro) rechts vom 29. September 2014 ergab die folgenden Befunde: MRT HWS: Diskushernie HWK3/4 mit foraminaler Tangierung C4 beidseits, paramedian bis foraminal rechts gelegene Diskushernie HWK5/6 und 6/7 mit möglicher Kompression C6 und C7 rechts und Tangierung C6 links. Kleine, nicht neurokompressive Diskushernie BWK3/4 rechts. Degenerative Veränderungen insbesondere HWK3-7. MRT Schulter: Deutliche degenerative AC-Gelenksveränderungen mit diskreter Unterflächenpartialruptur der Infrapinatussehne und Tendinose der Supraspinatussehne. Deutliche Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne mit Subluxation der tendinotisch

veränderten langen Bizepssehne. Begleitende Läsion des Bizeps pulleys und des korakohumeralen Ligamentes (Bericht des Röntgeninstituts J. \_\_\_\_\_, Vorakten S. 13 f.). Am 29. Oktober 2014 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, untersucht. Am 18. November 2014 berichtete der Arzt, dass sich der Verdacht auf eine periphere Vestibulopathie links in der apparativen otoneurologischen Untersuchung nicht bestätigt habe. Auch hätten keine deutlichen Zeichen einer zentralen Funktionsstörung nachgewiesen werden können. Die Ursache der beklagten (Schwindel-) Beschwerden bleibe somit unklar (Berichte vom 30. Oktober 2014 und 18. November 2014, Vorakten S. 97 ff.). Am 3. März 2015 äusserte sich Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, dahingehend, es sei davon auszugehen, dass ein relevantes Schädel-Hirn-Trauma vorliege. Bis auf eine bedrückt wirkende Stimmung sei der klinisch-neurologische Untersuchungsbefund zurzeit ohne relevante Auffälligkeiten. Für ihn (den Arzt) sei es gegenwärtig schwierig, therapeutisch einzugreifen, es wäre aber sicherlich sinnvoll, die bereits geplante psychiatrische Therapie aufzunehmen und mittelfristig, wegen der Gefahr des medikamenten-induzierten Kopfschmerzes, das Novalgin und das Dafalgan abzusetzen (Vorakten S. 444 f.).

#### **E. 4.2**

Bei persistierenden Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten sowie einer Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes wurde der Beschwerdeführer in die Spezialsprechstunde Leichte Traumatische Hirnverletzung (Spät-Assessment) der Rehaklinik M. \_\_\_\_\_ vorgeladen, wo er neurologisch, neuropsychologisch, ergo- und physiotherapeutisch abgeklärt wurde (vgl. Vorakten S. 120, 137 ff.). Im Untersuchungsbericht vom 25. März 2015 (Vorakten S. 102 ff.) über die gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 12. September 2014 wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Vorakten S. 102): 1. Traumatische Hirnverletzung 2. Unspezifische mittelschwere kognitive Störung, multifaktoriell bedingt bei reaktiver depressiver Symptomatik, chronischer Schmerzbelastung und Schlafstörung, zumindest teilweise wahrscheinlich auch infolge einer Schädigung des Gehirns; allenfalls auch vorbestehende Schwächen bei tiefem Bildungsniveau Kantonsgericht KG Seite 7 von 15 3. Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen, DD posttraumatisch (IHS8.2; ICD-10: G44.4)

#### **E. 4.3**

Am 8. Juni 2015 äusserte sich der Kreisarzt der SUVA, Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dahingehend, dass den angegebenen Beschwerden im Bereich der HWS kein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Läsion zugrunde liege. Was die Symptomatik als Folge einer traumatischen Hirnverletzung anlässlich des Verkehrsunfalls vom 12. September 2014 anbelange, hätten sich zum gegebenen Zeitpunkt die Kollegen der Neurologie zu äussern (Vorakten S. 347 ff., insbesondere S. 349). In der neurologischen Beurteilung vom 2. Dezember 2015 (Vorakten S. 483 ff.) kam Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, zum Schluss, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 12. September 2014 sowohl eine traumatische Hirnverletzung als auch überwiegend wahrscheinlich eine HWS-Beschleunigungsverletzung erlitten habe. Schwindel und Nackenschmerzen könnten indessen nicht (mehr) überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis zurückgeführt werden. Bezüglich der Kopfschmerzen und der neuropsychologischen Störungen Kantonsgericht KG Seite 8 von 15 könne eine Teilkausalität für das Unfallereignis angenommen werden, wobei psychischen Faktoren von Anfang an eine beträchtliche Rolle bei der Entstehung und

Chronifizierung der Beschwerden zukomme (Vorakten S. 486; vgl. auch die neurologische Beurteilung von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2015, Vorakten S. 372 ff., sowie die konsiliarische Begutachtung durch die Klinik für Neuroradiologie des Universitätsspitals R.\_\_\_\_\_ vom 10. November 2015, Vorakten S. 493 ff.). Ein psychiatrischer Verlaufsbericht von Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Juni 2016 stellt die Diagnose einer anhaltenden reaktiven ängstlich- depressiven Anpassungsstörung in persistierender emotionell stark belastender psychosozialer Lebenssituation. Es würden eine anhaltende, depressive Grundstimmung, starke existentielle Zukunftsängste, innere Unruhe, Nervosität, rezidivierende Ein- und Durchschlafstörungen mit rezidivierenden Alpträumen, anhaltende Kopf-/Nackenschmerzen, rezidivierende Schwindelattacken mit Brechreiz und Sturzgefahr, belastungsabhängige Schulterbeschwerden rechts mit entsprechenden funktionellen Einschränkungen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, mangelhafte Stress- und Frustrationstoleranz, verminderte Leistungsfähigkeit und eine deutlich beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit bestehen. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei seit dem Autounfall vom 12. September 2014 deutlich eingeschränkt (Vorakten S. 557 f.). Im Bericht betreffend das MRT des Neurocaniums vom 10. November 2016 findet sich folgende Beurteilung: Im Vergleich zu 2014 vollständige Regredienz des subduralen Hygroms rechts. Residuelle fokale Verdickung der Dura rechts fronto-parietal. Posttraumatische Hämosiderinablagerungen im Uncus/Gyrus parahippocampalis rechts und im Lobulus parietalis superior nach parenchymalen Blutungen. Keine signifikante Gliose. Leichte Leukenzephalopathie, unverändert im Verlauf, DD posttraumatisch oder vaskulär bedingt (Vorakten S. 648).

#### **E. 4.4**

Das von der SUVA in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten datiert vom 6. April 2017. Dem psychiatrischen Teilgutachten (Vorakten S. 592 ff.) von Dr. med. T.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, lässt sich entnehmen, dass nach der Anamneseerhebung mit einem halbstrukturierten psychiatrischen Interview mehrere psychologische Testverfahren durchgeführt wurden, so der BDI-II (Beck Depression-Inventar) als Selbstbeurteilungsverfahren sowie die MADRS (Montgomery-Asperg Depression Rating Scale) und HAMD (Hamilton Depression Scale) als Fremdbeurteilungsverfahren. Im BDI-II wurde mit 27 Punkten ein Wert für eine mittelgradige depressive Symptomatik erreicht. Dabei sei aber aufgefallen, dass die Beantwortung der Fragen nicht kongruent zu den gemachten anamnestischen Angaben gewesen sei. Auch in der MADRS und HAMD seien keine Werte für eine mittelgradige, sondern allenfalls für eine leichte depressive Symptomatik erreicht worden. Die Selbstbeurteilung müsse daher als diskrepant zur Anamnese und zur Fremdbeurteilung angesehen werden. Die Mini-ICF-APP (Mini- IDI-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen) als Fremdbeurteilungsinstrument habe ebenfalls Inkonsistenzen ergeben, dies einerseits bezüglich der Selbsteinschätzung der beruflichen Belastbarkeit durch den Versicherten und der objektiven Einschätzung der beruflichen Belastbarkeit, andererseits bezüglich der Anamnese und der Selbsteinschätzung (Vorakten S. 606; siehe auch S. 599 ff.). Um eine inhaltliche Interpretation der durchgeführten psychologischen Testverfahren zu ermöglichen, seien zur individuellen Konsistenz- oder Validitätsprüfung der Testergebnisse bzw. zum weitgehenden Ausschluss einer Antwortverzerrung weitere Testverfahren (TOMM, Rey-15, RDS) durchgeführt worden. In allen Verfahren hätten sich Hinweise auf

eine negative Antwortverzerrung ergeben. Dies stehe in Übereinstimmung mit den zuvor beschriebenen Inkonsistenzen (Vorakten S. 607; siehe auch S. 603). Insgesamt sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer als Folge der traumatischen Hirnverletzung vom Kantonsgericht KG Seite 9 von 15 12. September 2014 ein leichtes organisches Psychosyndrom (ICD-10: F07.2) entwickelt habe. Der Schweregrad dieses organischen Psychosyndroms könne als leichtgradig festgelegt werden, da die zuvor ausgeübten Alltagsaktivitäten sowie die sozialen Aktivitäten weiterhin selbständig möglich seien. Eine zusätzlich bestehende ängstlich-depressive Anpassungsstörung könne mittler- wie aber nicht mehr diagnostiziert werden, da es unter Behandlung zu einer weitgehenden Remission der psychischen Symptomatik gekommen sei (Vorakten S. 608 f.). Aus objektiver Sicht bestehe für repetitive, strukturierte Tätigkeiten ohne höhere Anforderungen an kognitive Fähigkeiten, ohne Verantwortung und ohne Zeitdruck eine volle Arbeitsfähigkeit, dies bei einer Leistungs- minderung von 20 Prozent wegen erhöhten Pausenbedarfs (Vorakten S. 609 f.). Im neurologischen Teilgutachten (Vorakten S. 615 ff.) von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, wurden die folgenden Diagnosen gestellt: Leichte kognitive Störung und Belastbar- keitsminderung nach traumatischer Hirnverletzung am 12. September 2014 sowie multifaktorielle chronische holozepale Kopfschmerzen (Vorakten S. 627). Fokal-neurologische Ausfälle oder Störungen der peripheren Nerven hätten sich bei der aktuell durchgeführten neurologischen Unter- suchung nicht gezeigt. Auf der Grundlage der Verhaltensbeobachtung des Beschwerdeführers könne die vorbeschriebene kognitive Verlangsamung nicht mehr nachvollzogen werden. Auch ohne nochmalige Durchführung einer neuropsychologischen Untersuchung würden sich anamnes- tisch Hinweise auf eine Besserung des Gesundheitszustandes ergeben. Die subjektiven Beschwerden seien im Vergleich zu den Angaben in der Rehaklinik M. \_\_\_\_\_ (März 2015) deut- lich weniger stark ausgeprägt. Die Medikation sei qualitativ und quantitativ reduziert, die Physiothe- rapie werde nicht mehr durchgeführt. Die vom Beschwerdeführer beklagten holozepalen Kopf- schmerzen würden mit angegebener täglicher Analgetikaeinnahme formal das Kriterium eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes erfüllen, liessen sich aber auch im Rahmen der Hirn- verletzung als posttraumatisch einordnen. Die objektive Beeinträchtigung durch die Beschwerden sei gering, ein Wunsch nach Therapieoptimierung sei beim Beschwerdeführer nicht zu erkennen. So sei auch die von der Rehaklinik M. \_\_\_\_\_ vorgeschlagene Analgetika-Entzugsbehandlung von den behandelnden Ärzten nicht eingeleitet worden. Aus rein neurologischer Sicht könne eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung, wie sie von der Rehaklinik M. \_\_\_\_\_ beschrieben worden sei, nicht mehr angenommen werden. Aus rein neurologischer Sicht seien keine weiteren Abklärungen oder Behandlungen erforderlich (Vorakten S. 629). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie (Vorakten S. 612 ff.) kamen die Experten zum Schluss, dass der Beschwerdeführer körperlich mittelschwere, strukturierte und repetitive Tätigkeiten mit geringen kognitiven Anforderungen mit einer Präsenzzeit von 100 Prozent ausführen könne. Dabei sei seine Leistungsfähigkeit wegen vermehrten Pausenbedarfs um 20 Prozent vermindert. Nicht zumutbar seien rasch wechselnde Arbeitszeiten, Nacht- und Akkordarbeit sowie sonstige Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck. Ebenfalls nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Prozess- oder Personalverantwortung (Vorakten S. 613).

#### **E. 4.5**

In seiner Stellungnahme vom 30. August 2017 (Vorakten S. 679) bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, die Schlussfolgerungen des Gutachtens.

Auch die RAD-Ärztin Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, erhob in ihrer Stellungnahme vom 23. Januar 2019 (Vorakten S. 729) keine Einwände dagegen. Kantonsgericht KG Seite 10 von 15

## **E. 5**

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zu Recht eine vom 1. November 2015 bis 31. Mai 2017 befristete halbe Invalidenrente zugesprochen hat.

### **E. 5.1**

Eingangs ist festzustellen, dass die Vorinstanz den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nicht, wie von diesem behauptet, einzig gestützt auf die RAD-Stellungnahmen vom 30. August 2017 und 23. Januar 2019 beurteilt hat. Vielmehr lagen der Vorinstanz sämtliche medizinischen Akten vor, so auch das von der SUVA in Auftrag gegebene psychiatrisch-neurologische Gutachten vom 6. April 2017, welches sie dem RAD zur Stellungnahme unterbreitete. Dieser wiederum sah sich in seinen Stellungnahmen nicht dazu veranlasst, Einwände gegen das Gutachten zu erheben. Vielmehr wurden sowohl die gestellte Diagnose (organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma mit leichten kognitiven Störungen) wie auch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (100-prozentige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 Prozent) sowie das Zumutbarkeitsprofil (strukturierte repetitive Tätigkeiten mit geringen kognitiven Anforderungen, keine rasch wechselnden Arbeitszeiten, keine Akkord-Arbeit, keine Nachtarbeit, keine Führungsaufgaben) bestätigt (Vorakten S. 679). Damit ist auch die beschwerdeführerische Argumentation widerlegt, die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei medizinisch nicht begründet. Da es sich vorliegend um einen gemeinsamen Fall (pur cas commun) mit der Unfallversicherung handelt (vgl. auch die Stellungnahme des RAD vom 30. August 2017, Vorakten S. 679) und sich die Vorinstanz die Akten der SUVA edieren liess, kann der Vorinstanz nicht vorgeworfen werden, die Abklärungs- resp. Untersuchungspflicht verletzt zu haben. Vielmehr ist festzustellen, dass aufgrund der konkreten Umstände – namentlich nach Vorliegen des psychiatrisch-neurologischen Gutachtens vom 6. April 2017, auf das ohne weiteres abgestellt werden kann – keine weiteren Abklärungen oder Untersuchungen (mehr) nötig waren. In diesem Zusammenhang ist der Beschwerdeführer auch darauf hinzuweisen, dass kein formeller Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens besteht. Erachtet der Sozialversicherungsrichter die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf er den Prozess ohne Weiterungen, insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachtens, abschliessen (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d).

### **E. 5.2**

Weiter ist festzustellen, dass das psychiatrisch-neurologische Gutachten vom 6. April 2017 auf das den Experten vollständig zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen, welche in den beiden Teilgutachten fachspezifisch wiedergegeben und ausführlich diskutiert werden, sowie auf zwei Explorationen (je eine pro Fachgebiet) beruht. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und ist in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge plausibel und absolut überzeugend. Auch die konsultierten RAD-Ärzte haben in ihren Berichten vom 30. August 2017 und 23. Januar 2019 keine Einwände gegen

das Gutachten erhoben. Schliesslich wurde das Gutachten (aktenkundig) auch von keinem anderen Arzt kritisiert. Es kann somit ohne Weiteres darauf abgestellt werden.

### **E. 5.3**

Was vom Beschwerdeführer gegen das Gutachten vorgebracht wird, vermag daran nichts zu ändern. Kantonsgericht KG Seite 11 von 15

#### **E. 5.3.1**

Wenn sich der Beschwerdeführer darauf beruft, das Gutachten widerspreche der Einschätzung der Rehaklinik M.\_\_\_\_\_, so trifft dies nicht zu. Zwar kommen die Gutachter zum Schluss, dass in der Zwischenzeit eine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Namentlich sei es unter Behandlung zu einer weitgehenden Remission der psychischen Symptomatik gekommen und könne, aus rein neurologischer Sicht, eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung, wie sie von der Rehaklinik M.\_\_\_\_\_ beschrieben worden sei, nicht mehr angenommen werden. Der Bericht der Rehaklinik M.\_\_\_\_\_ wird von den Gutachten aber nicht in Frage gestellt. Entsprechend wird dem Beschwerdeführer erst ab dem Zeitpunkt der Begutachtung eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit mit einer 20-prozentigen Leistungsminderung attestiert und nicht bereits für die Zeit davor, weshalb auch die Kritik des Beschwerdeführers, es sei kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt worden (vgl. die Eingabe vom 8. April 2020), ins Leere zielt. Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass der Bericht der Rehaklinik M.\_\_\_\_\_ den Gutachtern vorgelegen hat und in der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie der Festlegung des Leistungsprofils berücksichtigt worden ist. Es ist somit auch unter diesem Aspekt nicht nachvollziehbar, inwiefern er das Gutachten vom 6. April 2017 in Zweifel ziehen könnte.

#### **E. 5.3.2**

Sodann kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, wenn er die Meinung vertritt, die psychiatrische Gutachterin habe dem psychiatrischen Geschehen keine Beachtung geschenkt. So ist festzustellen, dass zur unterstützenden Festlegung des Schweregrades einer allfälligen depressiven Symptomatik verschiedene psychologische Testverfahren durchgeführt wurden, bei denen mehrere Inkonsistenzen und eine negative Antwortverzerrung auffielen. Entsprechend kam die Gutachterin zum Schluss, dass es mittlerweile unter Behandlung zu einer weitgehenden Remission der psychischen Symptomatik gekommen sei und die affektive Komponente in einem organischen Psychosyndrom aufgehe (vgl. Vorakten S. 607). Die Gutachterin leitete die Diagnose eines leichten organischen Psychosyndroms (ICD-10: F07.2) glaubhaft begründet her, wobei sie darlegte, weshalb sie von der Meinung des behandelnden Psychiaters, Dr. med. S.\_\_\_\_\_, abweicht (vgl. Vorakten S. 607). Auch mit den vom Beschwerdeführer beklagten Kopfschmerzen haben sich die Gutachter, namentlich Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, auseinandergesetzt. Wie bereits andere Ärzte zuvor (so Dr. med. L.\_\_\_\_\_ [Vorakten S. 445] und die Ärzte der Rehaklinik M.\_\_\_\_\_ [Vorakten S. 108 f.]) führte er die beklagten Kopfschmerzen auf die übermässige Einnahme von Analgetika zurück (vgl. Vorakten S. 629). Da die bereits mehrfach vorgeschlagene Analgetika-Entzugsbehandlung von den behandelnden Ärzten noch nicht eingeleitet wurde, ist nicht zu beanstanden, wenn der Gutachter zum Schluss kam, die Beeinträchtigung durch diese Beschwerden sei gering. Aus dem gleichen Grund besteht zurzeit auch kein Anlass, weitere Untersuchungen zur Ursache der beklagten Kopfschmerzen in die Wege zu leiten. Dem Einwand wiederum, die

Kopfschmerzen seien bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt worden, ist entgegenzuhalten, dass dem Beschwerdeführer wegen eines erhöhten Pausenbedarfs eine 20-prozentige Leistungsminderung zugestanden wurde.

### **E. 5.3.3**

Was den Vorhalt anbelangt, dass die Berichte über den gescheiterten Arbeitsversuch nicht berücksichtigt worden seien, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung obliegt. Nichts desto trotz ist mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung (vgl. BGE 107 V 17 E. 2b) einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Kantonsgericht KG Seite 12 von 15 Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine so ermittelte medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu der während einer mehrwöchigen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz des Versicherten effektiv realisierten und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbaren Leistung, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden, ihrerseits den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (vgl. Urteil BGer 9C\_833/2007 vom 4. Juli 2008 E. 3.3.2). Vorliegend hat der Beschwerdeführer vom 1. August 2015 bis 31. Oktober 2015 Frühinterventionsmassnahmen absolviert. Dem Gesprächsprotokoll vom 13. Oktober 2015 lässt sich entnehmen, dass die Arbeitgeberin die Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf 20 Prozent vom aktuellen Pensum von 50 Prozent schätzte (Vorakten S. 467; vgl. auch den Abschlussbericht vom 31. Oktober 2015, Vorakten S. 470). Diese Einschätzung stammt somit nicht von einer Berufsfachperson. Der dem Beschwerdeführer zur Seite gestellte Coach hat zwar diese Einschätzung in das Gesprächsprotokoll aufgenommen und auch im Abschlussbericht wiedergegeben. Er hat sich dieser Meinung aber nicht etwa angeschlossen, sondern sich davon distanziert, indem er im Abschlussbericht darauf hinwies, dass einzig eine aktuelle Leistungseinschätzung durch die Arbeitgeberin vorliege, welche sich auf die Zeit zwischen dem Unfall und der Kündigung per Ende Juli 2015 beziehe (und nicht etwa auf die Zeit der beruflichen Abklärung). In der Folge wurde der Arbeitsversuch (aus wirtschaftlichen Gründen) abgebrochen und die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers mittels einer Begutachtung weiter abgeklärt. Bleibt darauf hinzuweisen, dass die Einschätzung der Arbeitgeberin von keinem Arzt bestätigt wird. So attestierte der behandelnde Hausarzt, med. pract. I. \_\_\_\_\_, dem Beschwerdeführer ab dem 20. Oktober 2014 eine durchgehende 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit. Von einer zusätzlichen Leistungsminderung war nie die Rede. Die übrigen Ärzte äusserten sich nicht zum Grad der Arbeitsunfähigkeit, so auch Dr. med. S. \_\_\_\_\_ nicht, der zwar in seinem Bericht vom 10. Juni 2016 von einer deutlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit spricht (Vorakten S. 558), diese aber nicht näher konkretisiert. Ausserdem hängt das Ergebnis von beruflichen Massnahmen zu einem grossen Teil vom Verhalten des Versicherten ab, auch wenn sich dieser motiviert und kooperativ verhält. Dies ist insbesondere dann von Relevanz, wenn – wie vorliegend – in Bezug auf die berufliche Belastbarkeit eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung besteht.

#### **E. 5.3.4**

Schliesslich ist nicht einzusehen, weshalb die beurteilte Leitungsfähigkeit nicht nachvollziehbar sein sollte. Da dem Beschwerdeführer, gestützt auf das Gutachten vom 6. April 2017 und einer daselbst festgestellten Verbesserung des Gesundheitszustandes, erst ab dem Zeitpunkt der Untersuchung (7. Februar 2017) eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit zugestanden wurde, ist es durchaus nachvollziehbar, dass auch erst ab diesem Zeitpunkt, wegen vermehrten Pausenbedarfs, eine um 20 Prozent verminderte Leistungsfähigkeit besteht und nicht bereits für die Zeit davor, als die Arbeitsfähigkeit noch bei 50 Prozent lag (vgl. die Arbeitsunfähigkeitsatteste von med. pract. I. \_\_\_\_\_ und den Bericht der Rehaklinik M. \_\_\_\_\_).

#### **E. 5.3.5**

Zu guter Letzt hat die Vorinstanz zutreffend festgestellt, dass die vom Beschwerdeführer angerufenen Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergänzenden Charakter haben (vgl. Urteil BGer Kantonsgericht KG Seite 13 von 15 8C\_772/2018 vom 19. März 2019 E. 6.2) und weder durch Gesetz noch durch Rechtsprechung für eine Begutachtung vorgeschrieben sind.

#### **E. 5.4**

Damit ist gestützt auf das von der SUVA in Auftrag gegebene psychiatrisch-neurologische Gutachten vom 6. April 2017 davon auszugehen, dass spätestens zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung, welche am 7. Februar 2017 stattfand, für körperlich mittelschwere, strukturier- te und repetitive Tätigkeiten mit geringen kognitiven Anforderungen eine 100-prozentige Arbeitsfä- higkeit mit einer 20-prozentigen Leistungsminderung bestand. Nicht zumutbar sind rasch wech- selnde Arbeitszeiten, Nacht- und Akkordarbeit und sonstige Tätigkeiten unter besonderem Zeit- druck sowie Tätigkeiten mit Prozess- oder Personalverantwortung. Für die Zeit vor der gutachterlichen Untersuchung ist von einer 50-prozentigen Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung auszugehen (vgl. die Arbeitsunfähigkeitsatteste von med. pract. I. \_\_\_\_\_ und den Bericht der Rehaklinik M. \_\_\_\_\_).

#### **E. 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 renten- wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserslass zu berücksich- tigen sind (BGE 129 V 222).

#### **E. 6.1**

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahr- scheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am

zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 E. 5c/bb mit Hinweisen). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.4). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 6.2**

Im Jahr 2015 verdiente der Beschwerdeführer monatlich CHF 4'300.- (Vorakten S. 195; vgl. auch S. 200 f.). Dabei handelt es sich im Vergleich zum branchenüblichen Lohn gemäss der Lohnstrukturhebung (LSE) 2014, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1, Position 10-11, Kantonsgericht KG Seite 14 von 15 Männer, von monatlich CHF 4'816.- und unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 42,3 Stunden sowie eines Nominallohnindexes von +0.9 (Tabelle T1.10, Position 10-12, Jahr 2015) um ein rund 16 Prozent tieferes Einkommen. Der Beschwerdeführer stammt aus dem D.\_\_\_\_\_, verfügt über äusserst rudimentäre Deutschkenntnisse und hat – abgesehen von einer im D.\_\_\_\_\_ absolvierten halbjährigen Polizeischule – keine Berufsausbildung. Er arbeitete seit 20 Jahren bei der C.\_\_\_\_\_ AG und erzielte somit seit jeher ein unterdurchschnittliches Einkommen. Es ist somit als überwiegend wahrscheinlich anzunehmen, dass er vor Eintritt des Gesundheitsschadens aus invaliditätsfremden Gründen ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen erzielte und sich nicht aus freien Stücken mit diesem tiefen Einkommensniveau begnügte. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz auch beim Valideneinkommen auf die statistische Werte (LSE 2014) abgestellt hat. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht kritisiert.

### **E. 6.3**

Was den Zeitraum bis und mit Januar 2017 anbelangt, so konnte dem Beschwerdeführer zugemutet werden, in einer angepassten Verweistätigkeit, welche seinen Funktionseinschränkungen Rechnung trägt, zu 50 Prozent zu arbeiten. Für die Ermittlung des erzielbaren Invalideneinkommens wäre grundsätzlich auf die LSE 2014, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1, Total, Männer abzustellen gewesen, mithin auf ein erzielbares Einkommen von monatlich CHF 5'312.-. Die Vorinstanz hat ihrer Berechnung aber nicht das Total, sondern die Position 10-11 (Herstellung von Nahrungsmitteln; Getränkeherstellung), mithin ein erzielbares Einkommen von monatlich CHF 4'816.-, zu Grunde gelegt, was dem Beschwerdeführer zum Vorteil gereicht, weshalb

auch das Kantonsgericht ausnahmsweise auf diesen Betrag abstellt, auch wenn das gemäss LSE 2014 in der Nahrungsmittelindustrie erzielbare Einkommen im Vergleich zu den anderen Wirtschaftsabteilungen im untersten Bereich liegt. Tiefer liegen nur Tätigkeiten im Detailhandel (Position 47), im Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie (Position 55-56) und sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (Position 77, 79-82), welche aufgrund des Leistungsprofils für den Beschwerdeführer aber nicht in Frage kommen. Unter den gegebenen Umständen erscheint ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug nicht gerechtfertigt. So wurde den bloss mangelhaften Sprachkenntnissen und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer nur noch einfachste Tätigkeiten ausführen kann, mit der Berücksichtigung des Kompetenzniveaus 1 und dem erhöhten Pausenbedarf mit der berücksichtigten Leistungseinschränkung von 20 Prozent bereits Rechnung getragen. Was das Alter des Beschwerdeführers anbelangt (62 Jahre), so gilt es zu bemerken, dass Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. Urteil BGer 8C\_841/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5.2.2.3 mit weiteren Hinweisen). Ausgehend von einem Valideneinkommen von CHF 61'665.- (CHF 4'816.- x 12 Monate, unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 42,3 Stunden sowie eines Nominallohnindex von +0.9) und einem anrechenbaren Invalideneinkommen von CHF 30'832.50 (CHF 4'816.- x 12 Monate, unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 42,3 Stunden, eines Nominallohnindex von +0.9 und einer Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent) resultiert eine Einkommenseinbusse von CHF 30'832.50, was einen Invaliditätsgrad von 50 Prozent ergibt. Damit hat der Beschwerdeführer im Zeitraum vom 1. November 2015 (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG) bis 31. Mai 2017 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). Kantonsgericht KG Seite 15 von 15

#### **E. 6.4**

Für die Zeit ab 7. Februar 2017 kann dem Beschwerdeführer zugemutet werden, einer 100-prozentigen Arbeitstätigkeit mit einer 20-prozentigen Leistungseinschränkung nachzugehen. Das anrechenbare Invalideneinkommen beläuft sich damit auf CHF 49'332.- (CHF 4'816.- x 12 Monate, unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 42,3 Stunden, eines Nominallohnindex von +0.9 sowie einer Leistungsminderung von 20 Prozent), was eine Erwerbseinbusse von CHF 12'333.- und einen Invaliditätsgrad von 20 Prozent ergibt. Damit hat der Beschwerdeführer ab 1. Juni 2017 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) keinen Rentenanspruch mehr.

#### **E. 6.5**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zu Recht eine vom 1. November 2015 bis 31. Mai 2017 befristete halbe Invalidenrente zugesprochen hat. Die angefochtene Verfügung vom 20. August 2019 ist damit zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde vom 23. September 2019 abzuweisen.

#### **E. 7**

Die Gerichtskosten in der Höhe von CHF 800.- sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Sie sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der gleichen Höhe zu verrechnen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird abgewiesen. II. Die Gerichtskosten werden auf CHF 800.- festgesetzt und A. \_\_\_\_\_ auferlegt. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der gleichen Höhe verrechnet. III. Es werden keine

Parteientschädigungen 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, 22. April 2020/dki Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin:

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