

# FR\_GERICHTE 608 2023 38 vom 19. Januar 2024

FR Kantonsgericht, 2024-01-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2023\\_38](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2023_38)

FR: FR\_GERICHTE 608 2023 38 du 19 janvier 2024

IT: FR\_GERICHTE 608 2023 38 del 19 gennaio 2024

## Regeste

Urteil des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Die Beschwerde vom 6. März 2023 gegen die Verfügung vom 2. Februar 2023 wurde durch den rechtmässig vertretenen Beschwerdeführer frist- und formgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, II. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob die medizinische Sachlage genügend abgeklärt wurde. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### E. 2

Der Beschwerdeführer meldete sich am 27. Februar 2020 bei der Vorinstanz zum Leistungsbezug an und machte geltend, seit dem 11. Oktober 2019 arbeitsunfähig zu sein. Der vorliegende Fall beurteilt sich damit nach den Gesetzesbestimmungen, die bis zum 31. Dezember 2021 in Kraft waren (lit. b der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV] des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]; Kreis-schreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV, Ziffer 1007 ff.]). Im Folgenden werden die massgebenden rechtlichen Bestimmungen in dieser Fassung zitiert.

### 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 aufgrund von Art. 1 Abs. 1 IVG 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 Geburts- gebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Kantonsgericht KG Seite 5 von 15 Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs- unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, 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**

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, 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 Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat die versicherte Person andere ihr offenstehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 404 E. 2; 114 V 281 E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 20 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person abzustellen, hätte es doch diese ansonsten in der Hand, ihren Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen.

### **E. 3.3**

Das Sozialversicherungsgericht 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 es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es 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 einleuchtet 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 mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht jedoch 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).

Kantonsgericht KG Seite 6 von 15

### **E. 4**

Streitig ist, ob die Vorinstanz bei der Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers zu Recht auf das F. \_\_\_\_\_-Gutachten abgestellt hat. Um diese Frage beantworten zu können, ist zunächst auf die medizinischen Berichte der involvierten Ärzte einzugehen (nachfolgende E. 4.1-4.4), bevor das F. \_\_\_\_\_-Gutachten einer eingehenden

Analyse unterzogen wird (nachfolgende E. 5.2).

#### **E. 4.1**

Am 6. Januar 2020 äusserte sich der damalige Hausarzt, Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zuhanden der Krankentaggeldversicherung dahingehend, dass ihn der Beschwerdeführer am 14. Oktober 2019 mit einer Pyelonephritis (Entzündung des Nierenbeckens) aufgesucht habe. Im Verlauf seien dann zusätzlich lumbospondylogene Beschwerden aufgetreten. Vom 11. Oktober 2019 bis zum 24. November 2019 habe eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ab dem 25. November 2019 sei der Beschwerdeführer wieder arbeitsfähig gewesen (IV- Akten S. 71; vgl. auch diverse Zeugnisse, IV-Akten S. 34-39, und die Erstdeklaration zuhanden der Krankentaggeldversicherung, IV-Akten S. 57). Ab dem 24. März 2020 attestierte der Hausarzt dem Beschwerdeführer wegen akuten Rücken- schmerzen (Lumbago M54) erneut eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, in einer rüchenschonenden Tätigkeit (kein Heben von schweren Lasten über 15 kg) bestehe aber eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-Akten S. 80-83; vgl. auch Zeugnis vom 22. Juli 2020, IV-Akten S. 90). Ab dem 25. August 2020 lag die hausärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit bei 80 Prozent (IV-Akten S. 96, 98, 116). Am 31. Januar 2021 bzw. 1. Februar 2021 bescheinigte der Hausarzt, dass eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz weder sinnvoll noch realistisch sei, in einer angepassten, nicht allzu rüchensbelastenden Tätigkeit aber eine 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit (Tätigkeit von bis zu 4 Stunden pro Tag) bestehe (IV-Akten S. 121, 123-124; in einem undatierten Zeugnis attestiert derselbe Arzt dem Beschwerdeführer aber auch für den Monat Februar 2021 eine 80-prozentige Arbeitsunfähigkeit, IV-Akten S. 117). Ab dem 1. März 2021 bescheinigte der Hausarzt dem Beschwerdeführer wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 80 Prozent (IV-Akten S. 153, 158, 165, 183, 186, 189, 197, 207, 229, 238, 244, 416). Vom 3. Mai 2021 bis 16. Mai 2021 und vom 19. Mai 2021 bis 1. Juni 2021 lag die hausärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit vorübergehend bei 100 Prozent (IV-Akten S. 168, 182, 219, 250). Am 24. Juli 2021 berichtete der Hausarzt über einen stationären Gesundheitszustand (IV-Akten S. 190, 195-196).

#### **E. 4.2**

Am 28. November 2019 berichtete der behandelnde Neurochirurg, Dr. med. H. \_\_\_\_\_, über eine am 25. November 2019 erfolgte Untersuchung. Er stellte die folgenden Diagnosen: Regrediente Lumbago linksbetont mit/bei: - leichtgradigen bilateralen spondylarthrotischen multisegmentalen Veränderungen - leichtgradiger Diskopathie L5/S1 mit medianständiger kleiner Diskusprotrusion ohne neurogene Irritation - relativer spinaler Stenose L4/5 facettoligamentär St.n. Pyelonephritis links Oktober 2019 Stammadiposität Kantonsgericht KG Seite 7 von 15 Höchstwahrscheinlich leide der Beschwerdeführer unter einer lumbospondylogenen Beschwerde- symptomatik linksseitig, welche durch die multietageren diskreten degenerativen Veränderungen bedingt sei. Unter Umständen könnten auch die diskreten Hinweise für eine Mikroinstabilität zu den beklagten Beschwerden führen. Allerdings scheine die relative Stenose L4/5 aktuell nicht zum klinischen Kontext zu passen. Bei insgesamt guter spontaner Abheilung würde er aktuell keine weiteren Massnahmen ergreifen. Er habe den Beschwerdeführer angehalten, sich rüchens- und körperscho- nend zu verhalten, und eine Physiotherapie angeordnet (IV-Akten S. 69-70). Am 16. Januar 2020 erklärte derselbe Arzt zuhanden der

Krankentaggeldversicherung, dass der Beschwerdeführer seit dem 11. Oktober 2019 zu 100 Prozent arbeitsunfähig sei und das Ende der Arbeitsunfähigkeit noch nicht feststehe (IV-Akten S. 68; vgl. auch diverse Zeugnisse, IV-Akten S. 30-33). An dieser Einschätzung hielt der Arzt auch in seinen Berichten vom 17. Januar 2020 und 20. Februar 2020 fest. Die Arbeitsunfähigkeit wurde bis Ende März 2020 verlängert. Aufgrund der degenerativen Veränderungen sei aus neurochirurgischer Sicht nicht anzunehmen, dass der Beschwerdeführer im angestammten Bereich tätig sein könne (IV-Akten S. 84, 85).

#### **E. 4.3**

Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung wurde der Beschwerdeführer am 19. Februar 2020 durch Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie mit interdisziplinären Schwerpunkten in Manueller Medizin (SAMM) sowie Psycho- somatischer und Psychosozialer Medizin, untersucht. In seinem Bericht vom 2. März (vgl. IV-Akten S. 60-67) stellte dieser die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Akten S. 64-65): Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei mehretageren degenerativen Veränderungen mit Verdacht auf Claudicatio spinalis ohne klinische Zeichen einer Nervenwurzelkompression bei: - aktivierter hypertropher Spondylose BWK 12/LWK1 - bilateralen, nach caudal zunehmenden Spondylarthrosen L2/3 bis L4/5 - mittelgradiger Spinalkanalstenose L4/5 durch Diskusprotrusion, Spondylarthrosen und hypertrophen Ligamenta flava mit rezessaler Stenose und möglicher Reizung der Wurzeln L5 beidseits - leichtgradiger Spinalkanalstenose und breitbasiger Diskusprotrusion und kleiner medianer Diskushernie L5/S1 - Thoraxvertebralsyndrom, bisher ohne bildgebende Abklärung - [...] - Adipositas BMI - [...] Der Arzt kam in seiner Beurteilung zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu 100 Prozent arbeitsunfähig sei und wahrscheinlich auch dauernd zu 100 Prozent arbeitsunfähig bleiben werde. Allerdings bestehe in einer angepassten, an die Wirbelsäule adaptierten Tätigkeit (Wechselbelastung, keine Haltungs- und Belastungskonstanz der Wirbelsäule, kein Heben von schweren Lasten über 7,5 kg) eine volle Arbeitsfähigkeit.

#### **E. 4.4**

Am 19. Juli 2020 erlitt der Beschwerdeführer einen Herzinfarkt. Nach einem dreimonatigen Rehabilitationsprogramm war er von kardialer Seite her aber wieder völlig beschwerdefrei (Bericht der Kardiologie des Spitals L. \_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2020, IV-Akten S. 99-102; vgl. auch den Bericht von Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und für Allgemeine Innere Medizin, vom 25. Januar 2021, IV-Akten S. 125-126, und den Bericht der Kardiologie des Spitals L. \_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2020, IV-Akten S. 135-137).

Kantonsgericht KG Seite 8 von 15

#### **E. 5.1**

Bevor auf das bei den Akten liegende F. \_\_\_\_\_-Gutachten näher eingegangen wird, ist vorab noch einmal darauf zu verweisen, dass die Auftragsvergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an die Gutachterstelle F. \_\_\_\_\_ infolge gravierender formaler und inhaltlicher Mängel bei der überwiegenden Mehrheit der von der EKQMB untersuchten Gutachten beendet worden war. Die IV-Stellen wurden angewiesen, bereits vorliegende Gutachten der F. \_\_\_\_\_ einer erneuten Qualitätskontrolle zu unterziehen, wenn im konkreten Fall noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliegt (vgl. Empfehlung der EKQMB vom 4. Oktober 2023 und die Medienmitteilung des

Bundesamtes für Sozialversicherungen vom selben Tag). Da die vorliegende Angelegenheit zu diesem Zeitpunkt vor dem Kantonsgericht hängig war (die Beschwerde datiert vom 6. März 2023; vgl. act. 1), wurde die Vorinstanz von der Instruktionsrichterin aufgefordert, eine Stellungnahme in Bezug auf das Gutachten einzureichen und mitzuteilen, ob dem Gutachten weiterhin gefolgt werden könne, oder ob die Vorinstanz ein neues Gutachten anzuordnen gedenke (Schreiben vom 11. Oktober 2023; act. 8). In der Folge holte die Vorinstanz eine weitere Stellungnahme von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ ein. Nach Aussagen der Vorinstanz nahm die RAD-Ärztin am 24. Oktober 2023 vom Auftrag Kenntnis (act. 15). Bereits einen Tag später, am 25. Oktober 2023, erstattete sie ihren Bericht und reichte auch die Vorinstanz ihre Stellungnahme zu den Akten (act. 9). In ihrem Bericht kommt die RAD-Ärztin zum Schluss, dass sich aus versicherungsmedizinischer und rehabilitativer Sicht auch nach erneuter Durchsicht des Gutachtens keine Mängel an diesem feststellen liessen. Wäre das Gutachten aus rein medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, hätte sich der RAD auch zuvor nicht auf dieses abgestützt (Beilage zu act. 9). Inwiefern die RAD-Ärztin das doch sehr umfangreiche Gutachten (von über 150 Seiten) in dieser kurzen Zeit einer umfassenden Qualitätskontrolle unterziehen konnte, sei dahingestellt. Vor ihrer Stellungnahme vom 25. Oktober 2023 äusserte sich die RAD-Ärztin bereits am 8. Juni 2022 zum Gutachten (vgl. IV-Akten S. 419-420). Die Auftragserteilung datiert ebenfalls vom 8. Juni 2022, also vom selben Tag (IV-Akten S. 417). Auch hier stellt sich die Frage, ob in dieser kurzen Zeit überhaupt eine vertiefte Auseinandersetzung mit der medizinischen Sachlage stattfinden konnte.

## **E. 5.2**

So fiel der RAD-Ärztin auch nicht auf, dass das Gutachten gleich in mehrfacher Hinsicht Mängel aufweist:

### **E. 5.2.1**

Das Gutachten ist von keinem der vier Experten unterzeichnet worden, und zwar weder handschriftlich noch elektronisch. Dies betrifft die einzelnen Teilgutachten gleichermassen wie die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (vgl. IV-Akten S. 259-260, 273, 312, 343, 373, 399).

### **E. 5.2.2**

Die Zusammenfassung der Akten, die sich auf den Seiten 15-26 des Gutachtens findet (vgl. IV-Akten S. 262-273) ist unvollständig, wird doch der Schlussbericht betreffend das Belastbarkeits-training bei der E. \_\_\_\_\_ (IV-Akten S. 177-182; Dauer der Massnahme gemäss Kostengutsprache: 26. April 2021 bis 25. Juli 2021, IV-Akten S. 169-170; Abbruch der Massnahme: 19. Mai 2021, IV-Akten S. 179, 181) daselbst mit keinem Wort erwähnt. Zwar finden sich im Gutachten an verschiedenen Stellen Hinweise darauf, dass dieses Belastbarkeitstraining stattgefunden hat, dies aber immer nur in Zusammenhang mit der Auftragserteilung resp. dem Kontext der Begutachtung (vgl. IV-Akten S. 249-250, 255, 272, 275, 314, 345, 375). So wird zwar der Auftrag der Vorinstanz an die Gutachterstelle (vgl. IV-Akten S. 217-224, namentlich S. 219) an mehreren Stellen auszugsweise wörtlich wiedergegeben, der Schlussbericht der E. \_\_\_\_\_ vom 26. Mai 2021 (IV-Akten S. 177-182) wird aber nicht nur in der Aktenzusammenfassung, sondern auch in der Beurteilung der medi-

Kantonsgericht KG Seite 9 von 15 zinsischen Situation komplett ausser Acht gelassen. Dies ist namentlich deshalb relevant, weil die Massnahme vorzeitig abgebrochen werden musste,

obschon der Beschwerdeführer anfangs mit einer Präsenzzeit von lediglich 2 Stunden täglich in der leichten industriellen Produktion eingesetzt war (wobei er alle 20 Minuten eine Pause von 2-3 Minuten benötigte) und auch eine gute Arbeits- motivation zeigte. Allerdings entwickelten sich nach nur 5 resp. 2 Arbeitstagen so starke Rücken- schmerzen, die ihn nicht nur bei der Arbeit, sondern auch in seiner Freizeit und nachts beeinträch- tigten (der Beschwerdeführer musste sich nach der Arbeit für 2 Stunden hinlegen und erholen, hatte auch am Wochenende starke Rückenschmerzen und schlaflose Nächte deswegen), so dass er wieder zu 100 Prozent krankgeschrieben werden musste. Die Ziele des Belastbarkeitstrainings (Steigern der Präsenzzeit von 2 auf 4 Stunden pro Tag an 5 Tagen die Woche = 50-prozentiges Arbeitspensum) wurde also nicht annähernd erreicht.

### E. 5.2.3

Auch wird die abweichende Meinung des behandelnden Neurochirurgen (Dr. med. H. \_\_\_\_\_) im Gutachten nur unzureichend diskutiert. Dieser diagnostizierte eine regrediente Lumbago linksbetont mit/bei leichtgradigen bilateralen spondylarthrotischen multisegmentalen Veränderungen, leichtgradiger Diskopathie L5/S1 mit medianständiger kleiner Diskusprotrusion ohne neurogene Irritation und relativer spinaler Stenose L4/5 facettoligamentär, wobei er sich auf ein MRT LWS vom 18. November 2019 bezog (IV-Akten S. 69; vgl. auch den entsprechenden Befundbericht vom 18. November 2019, IV-Akten S. 88-89), und attestierte dem Beschwerdeführer ab dem 11. Oktober 2019 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehende E. 4.2). Zwar verweist die neurologische Gutachterin, Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, in ihrem Teilgutachten (vgl. IV-Akten S. 313-343) darauf, dass im MRI von HWS und BWS leichtgradige degenerative Veränderungen beschrieben würden, im Bereich der LWS bestünde durch eine Facettengelenks-Arthrose LWK 4/5 eine mögliche Reizung der deszendierenden L5 Wurzeln bds. sowie eine Spinalkanalstenose auf dieser Höhe (IV-Akten S. 335). Sie bezieht sich dabei auf das MRI vom 15. Dezember 2021, das u.a. im Bereich der LWS hypertrophe Facettenge- lenksarthrosen LWK 4/5 mit bilateral rezessal deutlicher Einengung und möglicher Reizung der deszendierenden Nervenwurzeln L5 beidseits und eine mässige bis schwergradige Spinalstenose auf dieser Höhe bei erhaltenem, epiduralen Fettgewebe (Shizas Grad C) ergab (IV-Akten S. 410), kommt aber in der Folge zum Schluss, dass sich im klinischen Befund keine Hinweise auf eine Schädigung der L5 Wurzeln bds. und ebenso keine objektivierbaren Einschränkungen als Folge einer bildmorphologisch vorbeschriebenen Spinalkanalstenose finden würden, weshalb eine entsprechende Diagnose nicht gestellt werden könne. Eine Einschränkung der Gehfähigkeit im Sinne einer Claudicatio spinalis werde nicht berichtet (der Beschwerdeführer könne maximal 1 Stun- de gehen) und im neurologischen Befund würden sich keine relevanten Auffälligkeiten darstellen (keine Reflexdifferenzen, keine dermatombezogenen Sensibilitätsstörungen, keine Paresen). Bei angegebener moderater Schmerzintensität (VAS 3-4) finde zudem keine regelmässige analgetische Behandlung statt. Es liessen sich somit keine Befunde erheben, die auf neurologischem Fachgebiet eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer angepassten (körperlich leichten) Tätigkeit begründen könnten (IV-Akten S. 335). Diese Beurteilung ist nicht überzeugend. Nicht nur fehlt in der neurologischen gutachterlichen Beur- teilung eine Erwähnung des MRT vom 18. November 2019 und eine Diskussion der unterschiedli- chen Befunde, namentlich in Bezug auf die LWS (MRT vom 18. November 2019: Spondylarthrosen LWK2/3-LWK4/5 ohne aktivierte Arthrosen, mittelgradige Spinalkanalstenose LWK 4/5, leichtgradi- ge Spinalkanalstenose LWK 5/SWK1; MRI vom 15. Dezember 2021:

Facettengelenksarthrosen LWK 4/5 mit bilateral rezessal deutlicher Einengung, mässige bis schwere Spinalstenose auf dieser Höhe). Auch wird im Gutachten nicht erwähnt, dass anlässlich des MRI vom 15. Dezember 2021 im

Kantonsgericht KG Seite 10 von 15 Bereich LWK 4/5 eine bilateral rezessal deutliche Einengung und eine mässige bis schwergradige Spinalstenose objektiviert werden konnten. Die bildgebenden Befunde werden also im Gutachten nicht vollständig wiedergegeben, sondern banalisiert. Zudem findet sich in den von der neurologischen Gutachterin erhobenen klinischen Befunden ein Widerspruch ("monopedales Hüpfen beidseitig unauffällig" <> "Einbeinhüpfen beidseits nicht möglich"; IV-Akten S. 332), weshalb die klinischen Befunde, mit welchen eine neurologische Diagnose und letztendlich auch eine entsprechende Arbeitsunfähigkeit verneint werden, mit einer gewissen Skepsis zu lesen sind. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil Dr. med. K. \_\_\_\_\_ in seiner Untersuchung vom 19. Februar 2020 durchaus klinische Befunde erheben konnte (BWS: Teilfixierte BWS-Kyphose, leichte Haltungsinsuffizienz bei dorsalem Überhang der BWS und bei vorgewölbtem adipösem Abdomen, Ott 30/33 cm, Drehung in beide Richtungen um gut 2/3 eingeschränkt; LWS: Deutlicher, aber indolenter paravertebraler Hartspann lumbal beidseits, Einschränkung der Beweglichkeit in der Neigung nach beiden Seiten und in der Reklination, Schober 10/15 cm, Finger-Boden-Abstand 17 cm; vgl. IV-Akten S. 64). Auch im orthopädischen Teilgutachten wird auf einen Finger-Boden-Abstand von 20 cm verwiesen (IV-Akten S. 361). Diese unterschiedlichen klinischen Befunde werden im neurologischen Teilgutachten weder erwähnt noch diskutiert. Kommt hinzu, dass der Arztbericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 2. März 2020 (vgl. vorstehende E. 4.3) in der neurologischen gutachterlichen Beurteilung mit keinem Wort erwähnt wird und deshalb auch eine entsprechende Diskussion fehlt. Schliesslich ist bei den mit dem MRT vom 18. November 2019 und dem MRI vom 15. Dezember 2021 objektivierten Befunden auch nur schwer vorstellbar, dass der Beschwerdeführer auf neurologischem Fachgebiet weder in der angestammten noch in einer angepassten (körperlich leichten) Tätigkeit eingeschränkt sein soll, zumal er sich wegen der beklagten Rückenschmerzen seit dem Jahr 2019 in fachmedizinischer Behandlung befindet, ihm vom behandelnden Neurochirurgen seit dem 11. Oktober 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird und auch das Belastbarkeitstraining infolge der zunehmenden Schmerzen bei einem Arbeitspensum von gerade einmal 25 Prozent (2 Stunden täglich an 5 Tagen pro Woche) und einer Leistungsfähigkeit von 45 Prozent (IV-Akten S. 180) vorzeitig abgebrochen werden musste. Dies namentlich auch vor dem Hintergrund, dass die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Ölfeuerungsfachmann, in welcher er viel in Hockposition und im Knien arbeiten und auch Gewichte bis zu 50 kg (IV-Akten S. 50 und 325: bis zu 20 kg häufig, über 20 kg gelegentlich) heben musste (z.B. bei der Montage von neuen Brennern; IV-Akten S. 29), zumindest zeitweise als körperlich schwer einzustufen ist und er aufgrund der vielen Kundenbesuche auch viel Zeit im Auto verbrachte.

#### **E. 5.2.4**

Was das orthopädische Teilgutachten anbelangt, so ist auch dieses in seiner Schlussfolgerung nicht überzeugend. So verweist der orthopädische Gutachter darauf, dass die aktuelle spinale kernspintomografische Bildgebung nicht wesentlich altersvoraussetzende leichtgradige degenerative Veränderung, vornehmlich an den kleinen Wirbelgelenken der unteren Lendenwirbelsäule, zeige (IV-Akten S. 370). Auch hier werden die bildgebenden Befunde also schön geredet, kann doch bei einer deutlichen Einengung und einer mässigen

bis schwergradigen Spinalstenose kaum von einer nur leichtgradigen degenerativen Veränderung gesprochen werden. Kommt hinzu, dass der orthopädische Gutachter zum Schluss kommt, dass ohne einen korrelierenden klinischen Befund beim Versicherten keine eigenständige Erkrankung vorliege; schliesslich seien die degenerativen spinalen Veränderungen in der Normalpopulation hochprävalent (IV-Akten S. 370). Auch diese Aussage muss bei den erhobenen Befunden in Frage gestellt werden. Schliesslich werden die abweichenden Meinungen des Hausarztes und des behandelnden Neurochirurgen sowie von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ in der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung zwar wiedergegeben (vgl. IV-

Kantonsgericht KG Seite 11 von 15 Akten S. 368-369), sie werden aber nicht diskutiert und eine orthopädische Diagnose mit dem Argument, die klinische Untersuchung hätte keine Auffälligkeiten gezeigt, trotz der kernspintomografischen Bildbefunde verneint. Bleibt zu erwähnen, dass auch der Vergleich mit der Normalpopulation auch deshalb fehlschlägt, verrichtete der Beschwerdeführer doch – im Gegensatz zur überwiegenden Mehrzahl der Normalpopulation – in seiner bisherigen Tätigkeit als Ölfeuerungsfachmann zumindest zeitweise eine körperlich schwere Arbeit (vgl. hierzu sogleich nachstehende E. 5.3).

### **E. 5.2.5**

Schliesslich werden in der Konsensbeurteilung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Es werden zwar einige Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt und hier unter anderem auf die Adipositas WHO Grad II und die bildmorphologischen degenerativen Veränderungen der Zwischenwirbelräume und der kleinen Wirbelgelenke der unteren Lendenwirbelsäule hingewiesen (IV-Akten S. 257). Es findet sich aber auch hier keine Erwähnung der anterioren Spondylose am thorakolumbalen Übergang sowie der hypertrophen Facettengelenkarthrosen LWK 4/5 mit bilateral rezessal deutlicher Einengung und möglicher Reizung der deszendierenden Nervenwurzeln L5 beidseits und der mässigen bis schwergradigen Spinalstenose auf dieser Höhe, die im MRI vom 15. Dezember 2021 objektiviert werden konnten (vgl. IV-Akten S. 410).

### **E. 5.3**

Alle diese Punkte wurden von der RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 8. Juni 2022 (IV-Akten S. 419-420), in der sie sich darauf beschränkt festzustellen, dass die neurologische Gutachterin und der orthopädische Gutachter keine Erkrankung festgehalten hätten, ausser Acht gelassen. Vielmehr macht die RAD-Ärztin Ausführungen zur arbeitsrechtlichen Situation in der Schweiz, wobei sie zum Schluss kommt, dass der Beschwerdeführer als Ölfeuerungsfachmann eine körperlich leichte Arbeit ausgeführt habe, da er die angegebenen, manchmal zu bewältigenden Lasten von 50-60 kg immer nur mit "Hilfsmitteln" oder mit "einem Hilfsmittel und zu mehreren" habe bewegen müssen, andernfalls sich seine Arbeitgeberin in der Schweiz strafbar machen würde. Diese Ausführungen gehen aber nicht nur über den Kompetenzbereich der RAD-Ärztin hinaus, sondern sie ignorieren auch die tatsächlichen Gegebenheiten. Zum einen hat der Beschwerdeführer nie angegeben, er habe schwere Lasten nur mit Hilfsmitteln oder aber mit Hilfe eines oder mehrerer Arbeitskollegen heben müssen. Zum anderen war der Beschwerdeführer als Ölfeuerungsfachmann zwar auch für Wartungsarbeiten und Störungsbehebungen zuständig, aber nicht nur; zu seinem Aufgabengebiet gehörte nämlich u.a. auch die Montage von neuen Brennern (vgl. IV-Akten S. 29, 75, 492). Wenn der Beschwerdeführer seine

angestammte Tätigkeit als körperlich anstrengend beschreibt, mit Arbeiten in Hockposition und im Knien und der Notwendigkeit, auch schwer (50-60 kg) zu tragen (IV-Akten S. 367), so besteht kein Anlass, an diesen Angaben zu zweifeln, ist doch auch aktenkundig, dass sich der Beschwerdeführer das Verhebetrauma im Jahr 2018 bei der Arbeit zugezogen hat, als er einen 50 kg schweren Ofen heben musste (vgl. IV-Akten S. 62).

#### **E. 5.4**

Kommt hinzu, dass der behandelnde Neurochirurg, Dr. med. H. \_\_\_\_\_, begründete Kritik am F. \_\_\_\_\_-Gutachten erhebt. In seinem Bericht vom 9. August 2022 vertritt er die Meinung, dass der Beschwerdeführer unter starken Beschwerden leide und diese Beschwerden nicht berücksichtigt worden seien. Da er im Liegen kaum Beschwerden habe, sondern nur im Stehen und im Sitzen, sei eine MRT LWS Bildgebung im Liegen nicht ausreichend, um die Beschwerden zu quantifizieren. Auch zeige die Haltung des Beschwerdeführers eine deutliche Insuffizienz auf. Weiterführende Abklärungen seien daher dringlichst indiziert (IV-Akten S. 448-449).

Kantonsgericht KG Seite 12 von 15 In einem weiteren Bericht vom 20. September 2022 stellt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die Diagnosen einer (bewiesenen) Claudicatio radicularis L5 links > rechts mit/bei absoluter spinaler Stenose LWK 4/5 sowie Nackenbeschwerden aufgrund osteochondrostischer Veränderungen mit ventralen Spondylosen multisegmental im HWS-Bereich. Er habe beim Beschwerdeführer am 24. August 2022 eine epidurale Infiltration L4/5 links durchgeführt. In der Folge sei es zu einer verbessernden Schmerzsymptomatik gekommen. Es habe somit gezeigt werden können, dass der Beschwerdeführer entgegen dem Gutachten unter einer somatischen Problematik leide und diese als absolute spinale Stenose L4/5 bezeichnet werden dürfe. Somit stelle sich für ihn die Frage, ob das Gutachten als relevant bezeichnet werden dürfe. Aus neurochirurgischer Sicht handle es sich neben der absoluten spinalen Stenose zusätzlich um einen kongenital engen Spinalkanal; ausserdem weise der Beschwerdeführer sagittalisierte Facettengelenke auf (IV-Akten S. 452-453). Diese Diagnosen bestätigte er in einem Bericht vom 21. Februar 2023 (IV-Akten S. 477-478).

#### **E. 5.5**

Im Hinblick auf das Beschwerdeverfahren holte der Beschwerdeführer bei Dr. med. I. \_\_\_\_\_ eine versicherungsmedizinische Einschätzung ein. Dieser vertritt in seinem Bericht vom 2. April 2023 (IV-Akten S. 480-485) die Meinung, dass dem polydisziplinären Gutachten Inkonsistenzen und fehlende resp. falsche Wertungen von klinischen/somatischen Befunden resp. Bildgebungen vorzuwerfen seien, weshalb es nicht als schlüssig angesehen werden könne. Im orthopädischen Teilgutachten sei der Fingerbodenabstand von 20cm, der den Normwert (10cm) übersteige, auffällig. Die beiden MRI-Untersuchungen im Abstand von rund 2 Jahren würden zwar erwähnt, aber nicht vergleichend interpretiert, obschon eine unterschiedliche Wertung der Spinalkanalstenose beschrieben werde (2019: leichtgradig resp. mittelgradig; 2021: mässig bis schwergradig). Im neurologischen Teilgutachten finde sich mit 10cm eine Diskrepanz in der Messung des Finger-Bodenabstandes. Ausserdem stehe bei einer "progredienten Claudicatio radicularis L5" der fortschreitende Schmerz im Vordergrund, was aber im neurologischen Teilgutachten als "keine namhafte Schmerzbeeinträchtigung" beurteilt werde. Überdies bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Gutachter und der RAD-Ärztin einerseits und den behandelnden Ärzten andererseits, was nach Klärung

verlange. Es sei deshalb ein zusätzliches unabhängiges Gutachten einzu- holen.

### E. 5.6

In ihren Stellungnahmen vom 28. November 2022 (IV-Akten S. 455) und 10. Mai 2023 (IV- Akten S. 488-491) vermag die RAD-Ärztin die von den Dres. med. H.\_\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_\_ erhobene Kritik am Gutachten nicht zu entkräften. Kommt hinzu, dass diese Stellungnahmen von allenfalls sogar als ehrverletzend zu erachtenden Aussagen und persönlichen Angriffen gegenüber Dr. med. H.\_\_\_\_\_ zeugen (Bericht vom 28. November 2022: "[...] Weiter gibt der Neurochirurg zu, dass der Versicherte bei einer Operation seiner absoluten spinalen Enge [...] weiterhin nicht arbeitsfähig wäre. Dies, da er [der Neurochirurg] ihn [den Versicherten] dann bewusst in eine ihm vorab bekannte unnötige Instabilität [...] bringen würde [...], was einer bewussten iatrogenen Schädi- gung durch [den Neurochirurgen] gleichkäme und zwangsläufig zu einer erneuten unnötigen Opera- tion [...] führen würde, nur weil der [Neurochirurg] eine inadäquate Behandlungsweise wider besse- ren Wissens bewusst gewählt hat. [...]"; IV-Akten S. 455) und auch unwahre Aussagen zu Dr. med. I.\_\_\_\_\_ enthalten (Bericht vom 10. Mai 2023: Dr. med. I.\_\_\_\_\_ ist nicht Viszeral- und Gefässchirurg – wie die RAD-Ärztin annimmt - , sondern Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt in Allgemeinchirurgie und Tramatologie; vgl. IV-Akten S. 488). Ausserdem ist die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 10. Mai 2023 aufgrund der vielen sprachlichen Fehler und der überlangen Sätze (der längste Satz erstreckt sich über ganze 26 Zeilen) nicht verständlich formuliert und kaum lesbar. Die Stellungnahme vom 25. Oktober 2023 (Beilage zu act. 9), die eingeholt wurde, nachdem die EKQMB gravierende formale und inhaltliche Mängel bei der überwiegenden Mehrheit der von ihr

Kantonsgericht KG Seite 13 von 15 untersuchten F.\_\_\_\_\_ -Gutachten festgestellt und die IV-Stellen aufgefordert hatte, in Fällen wie diesem, wo noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliegt, bereits vorliegende Gutachten der F.\_\_\_\_\_ einer erneuten Qualitätskontrolle zu unterziehen, enthält wiederum ausschliesslich nichtssagende Phrasen und keine Würdigung des Gutachtens unter medizinischen Gesichtspunkten (Beispiele: "Wäre das Gutachten nicht [...] nachvollziehbar, hätte der RAD sich auch zuvor nicht auf dieses abgestützt."; "Dass das Ergebnis nicht im Sinne des Versicherten ist und wir hier im Beschwerdeverfahren sind, begründet rein versicherungsmedizinisch/medizinisch keinen [...] Mangel des Gutachtens."; "Die Tatsache, dass die medizinische Beantwortung der Einwände so selbstverständlich weder durch einen medizinischen Laien [gemeint ist hier der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers] noch durch einen Arzt ohne eigene praktische Kenntnisse aus der Orthopädie und beruflichen Rehabilitation [gemeint ist hier Dr. med. I.\_\_\_\_\_] möglich sind, belegt grundsätz- lich in der Medizin keinen Mangel, sondern zeigt nur, das[s] für die Beurteilung von Gutachten auf ihre Nachvollziehbarkeit [...] eine entsprechende medizinische Sachkenntnis unabhängig von mögli- chen Interessenskonflikten erforderlich ist."). Angesichts solcher Aussagen muss angenommen werden, dass die RAD-Ärztin offensichtlich nicht in der Lage war, die vom Bundesamt für Sozialver- sicherungen geforderte Qualitätskontrolle des Gutachtens durchzuführen. Ihre Stellungnahme erstaunt umso mehr, als dass diese Qualitätskontrolle im Kontext einer Expertise hätte erfolgen sollen, deren Verfasser in grosser Kritik standen. Dies hätte die RAD-Ärztin zu einer umfassenden und begründeten sachlichen Stellungnahme veranlassen müssen. Bereits die Einreichung der Stel- lungnahme am Tag nach der Auftragserteilung lässt indes vermuten, dass die RAD-Ärztin sich ihrer Aufgabe nicht bewusst war. Insgesamt

ist festzustellen, dass die Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ von mangelhafter Qualität sind und darauf nicht abgestellt werden kann. Da dies bereits in anderen Fällen registriert wurde (vgl. z.B. Urteil KG/FR 608 2022 126 vom 19. Mai 2023), wird die Vorinstanz aufgefordert, bei der RAD-Ärztin zu intervenieren und diese anzuhalten, qualitativ bessere Berichte zu verfassen und sich in diesen Berichten auf die Diskussion der medizinischen Akten zu beschränken.

## **E. 6**

Aus dem Gesagten folgt, dass das von der Vorinstanz in Auftrag gegebene F. \_\_\_\_\_-Gutachten diverse Mängel aufweist und auch die von der Vorinstanz eingeholten RAD-Stellungnahmen die von den Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ am Gutachten erhobene Kritik nicht zu entkräften vermögen. Das F. \_\_\_\_\_-Gutachten ist somit nicht beweiskräftig und es kann darauf nicht abgestellt werden, weshalb es notwendig ist, ein neues polydisziplinäres Gutachten anzuordnen. Entsprechend ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 2. Februar 2023 aufzuheben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein neues polydisziplinäres Gutachten einholt.

### **E. 7.1**

Die Gerichtskosten sind auf CHF 800.- festzusetzen und der unterliegenden Vorinstanz aufzuerlegen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 800.- zurückzuerstatten.

### **E. 7.2**

Der Beschwerdeführer hat als obsiegende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Die Entschädigung richtet sich nach Art. 146 ff. des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1991 über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; SGF 150.1), dem Tarif vom 17. Dezem-

Kantonsgericht KG Seite 14 von 15 ber 1991 über die Verfahrenskosten und Entschädigungen in der Verwaltungsjustiz (Tarif VJ; SGF 150.12) sowie der Komplexität der Angelegenheit und des notwendigen Aufwandes. Der Rechtsvertreter hat am 18. Januar 2024 eine Kostenliste über einen Betrag von CHF 1'998.40 eingereicht, welche ein Honorar von CHF 1'802.50 (7.21 Stunden à CHF 250.-), Spesen von CHF 52.60 sowie CHF 143.30 für die Mehrwertsteuer (CHF 133.20 für bis zum 31. Dezember 2023 erbrachte Leistungen: 7,7 Prozent auf CHF 1'730.10; CHF 10.10 für ab dem 1. Januar 2024 erbrachte Leistungen: 8,1 Prozent auf CHF 125.-) umfasst. Der fakturierte Stundenaufwand erweist sich als angemessen. Die Parteientschädigung ist daher auf insgesamt CHF 1'998.40 (davon Mehrwertsteuer von CHF 133.20 zu 7,7 Prozent und CHF 10.10 zu 8,1 Prozent) festzusetzen und der unterliegenden Vorinstanz aufzuerlegen. (Dispositiv auf der nächsten Seite)

Kantonsgericht KG Seite 15 von 15 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird gutgeheissen und die Verfügung der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg vom 2. Februar 2023 aufgehoben. Die Angelegenheit wird an die Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg zurückgewiesen, damit sie weitere Abklärungen im Sinne der Erwägungen vornimmt und über den Leistungsanspruch von A. \_\_\_\_\_ neu verfügt. II. Es werden Gerichtskosten in der Höhe von CHF 800.- erhoben. Diese gehen zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg. III. A. \_\_\_\_\_ wird der geleistete

Kostenvorschuss von CHF 800.- zurückerstattet. IV. A. \_\_\_\_\_ wird eine Parteientschädigung von CHF 1'998.40 (davon Mehrwertsteuer von CHF 133.20 zu 7,7 Prozent und CHF 10.10 zu 8,1 Prozent) zugesprochen. Diese geht zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg. V. 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, 19. Januar 2024/dki  
Die Präsidentin Der Gerichtsschreiber

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