

SO_GERICHTE VSBES.2015.38 vom 15. Januar 2015

SO Obergericht, 2015-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.38

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.38 du 15 janvier 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.38 del 15 gennaio 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.____, geboren 1961 (nachfolgend: Beschwerdeführer), meldete sich am 14. März 2012 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [nachfolgend: IV-Nr.] 2). Als gesundheitliches Leiden gab er eine Krebserkrankung an. Er sei als Maschinist bei der B.____ tätig gewesen. Seit dem 13. Oktober 2011 sei er arbeitsunfähig.

1.2 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge diverse medizinische Unterlagen ein. Dabei stellte sich heraus, dass beim Beschwerdeführer ein Adenokarzinom des Rektums cT3 cN1 cMO G2 vorgelegen hatte, wobei nach einer vorgängigen Bestrahlung eine operative Entfernung mittels medialer Laparotomie erfolgt war (IV-Nr. IV-Nrn. 12 und 13 S. 5). Der Beschwerdeführer beklagte in der Folge chronischen Durchfall.

1.3 Nachdem der Versuch einer Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz zu mehrfachen Abbrüchen geführt hatte, wurde dem Beschwerdeführer ein Coaching und Aufbautraining in der C.____ gewährt (IV-Nrn. 31, 33 und 36). Der Einsatz erfolgte zu Beginn halbtags, wurde aber wegen vom Beschwerdeführer geklagten Stuhldrangs und Bauchschmerzen auf täglich zwei Stunden reduziert. Nach zwei Monaten wurde das Aufbautraining wegen mangelnden Eingliederungspotenzials beendet (IV-Nr. 40).

1.4 Nach weiteren medizinischen Abklärungen und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 56) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. Januar 2015 (Aktenseite [A.S.] 1 ff.) für die Zeit vom 1. Oktober 2012 bis 30. November 2013 eine ganze Invalidenrente und vom 1. Dezember 2013 bis 31. März 2014 eine Dreiviertelsrente zu. Ab dem 1. April 2014 verneinte sie einen Leistungsanspruch. Hingegen wurden dem Beschwerdeführer Massnahmen im Sinne einer Unterstützung bei der Arbeitssuche angeboten.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 16. Februar 2015 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (A.S. 30 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 15. Januar 2015 sei aufzuheben und die IV-Stelle sei anzuweisen, vorgängig dem Rentenentscheid die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu evaluieren und sämtliche mögliche Massnahmen beruflicher Art für eine Wiedereingliederung des Beschwerdeführers in den ersten Arbeitsmarkt zu prüfen.

2. Eventualiter sei der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers ab 1. Dezember 2013 bis 31. März 2014 auf mindestens 70 % und ab 1. April 2014 auf mindestens 50 % festzusetzen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

3. Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 30. April 2015 (A.S. 48 f.) die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer lässt sich am 19. Mai 2015 dazu vernehmen (A.S. 52 ff.).

4. Mit Verfügung vom 3. Juli 2015 (A.S. 61 f.) stellt das Versicherungsgericht in Aussicht, bei der Begutachtungsstelle D.____ ein gerichtliches Gutachten (gastroenterologisch und psychiatrisch) einzuholen. Die Parteien verzichten mit Eingaben vom 20. Juli 2015 (A.S. 63) und 10. August 2015 (A.S. 64) darauf, Einwände gegen die vorgesehene Begutachtungsstelle zu erheben oder Ergänzungsfragen zu stellen. Das Gutachten wird am 28. Dezember 2015 erstattet (A.S. 69 ff.).

5. Das Versicherungsgericht holt mit Verfügung vom 4. Februar 2016 (A.S. 123 f.) bei der Begutachtungsstelle D.____ eine ergänzende Stellungnahme zur Frage ein, ob Aussagen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor dem 15. Januar 2015 gemacht werden könnten. Diese geht am 16. März 2016 ein (A.S. 126 ff.). Der Beschwerdeführer lässt am 6. April 2016 dazu Stellung nehmen (A.S. 131 f.), die Beschwerdegegnerin äussert sich am 17. Mai 2016 (A.S. 136 f.).

6. Mit Schreiben vom 7. Februar 2017 (A.S. 151 ff.) teilt das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer mit, dass es ■ unpräjudiziell und nach einer Vorab-würdigung der für eine Schlechterstellung sprechenden Fallumstände ■ in Erwägung ziehe, die angefochtene Verfügung zuungunsten des Beschwerdeführers abzuändern. Der Beschwerdeführer lässt dazu mit Eingabe vom 22. März 2017 (A.S. 158 f.) erklären, an der Beschwerde festzuhalten.

7. Mit Eingabe vom 4. April 2017 (A.S. 161 ff.) reicht der Vertreter des Be-schwerdeführers eine ergänzte Kostennote zu den Akten.

8. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) und in ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 48 f.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem 14. Oktober 2011 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeitsfähigkeit als Maschinist im Baugewerbe erheblich eingeschränkt gewesen sei. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Vom 14. Oktober 2011 bis 31. August 2013 sei gar keine Erwerbstätigkeit mehr möglich gewesen. Im Verlauf habe sich der Gesundheitszustand gebessert. Vom 1. September bis 31. Dezember 2013 habe zunächst für eine körperlich angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden. Seit dem 1. Januar 2014 sei dem Beschwerdeführer die Ausübung einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich zumutbar. Aufgrund der erhöhten Stuhlfrequenz von ca. sechs- bis zehnmal pro Tag bestehe eine geringe Leistungseinschränkung. Gehe man von fünf Minuten pro

Toilettengang aus und damit von 40 Minuten, resultiere bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 8,34 Stunden pro Tag eine durchschnittliche Leistungseinschränkung von 8 %. Dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung habe man mit einem Abzug von 10 % vom Tabellenlohn Rechnung getragen. Ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertige sich einzig aufgrund der leidensbedingten Einschränkung. Es seien nur noch leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar. Die erforderlichen Toilettengänge habe man bereits mit der Leistungseinschränkung um 8 % berücksichtigt. Weitere Faktoren lägen nicht vor. Hilfsarbeiten würden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt. Für einen Teilzeitabzug bestehe kein Raum, weil die Tätigkeit vollzeitig zumutbar sei (mit einer Leistungseinschränkung von 8 %). Mangelnde Deutschkenntnisse seien ebenfalls nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Ebenso wenig stelle die geltend gemachte Gefahr von überdurchschnittlichen Krankheitsabsenzen einen solchen Grund dar.

Nach Ablauf des Wartejahres, ab 1. Oktober 2012, bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zunächst ein Anspruch auf eine ganze Rente. Aufgrund der gesundheitlichen Verbesserung per 1. September 2013 und unter Berücksichtigung der Dreimonatsregel gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV bestehe ab dem 1. Dezember 2013 bei einem Invaliditätsgrad von 62 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Seit dem 1. Januar 2014 sei dem Beschwerdeführer eine angepasste Verweistätigkeit in einem 100 % Pensum zumutbar. Dabei bestehe eine geringe Leistungseinschränkung aufgrund der erhöhten Stuhlfrequenz. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV bestehe ab dem 1. April 2014 kein Rentenanspruch mehr.

Gemäss Einschätzung des RAD vom 13. August und 11. März 2014 erscheine nach durchgeführter Ernährungsberatung keine höhere Stuhlfrequenz als sechs- bis zehnmal täglich plausibel. Selbst wenn man gemäss des Einwandes von 20 Toilettengängen pro Tag und damit von einer 20%igen Leistungseinschränkung ausgehen würde, resultiere kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Nebst den Anforderungen einer körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit seien keine weiteren Anforderungen zu berücksichtigen. Notwendig sei allerdings, dass die Arbeit für den Gang zur Toilette kurzfristig unterbrochen werden könne und sich die Toilette in der Nähe des Arbeitsplatzes befinde. Es sei unzweifelhaft, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt Stellen kenne, die diesen Anforderungen entsprächen. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten seien nach der Rechtsprechung nicht übermässige Anforderungen zu stellen. Die Beschwerdegegnerin sei daher nicht gehalten gewesen, die noch zumutbaren Verweistätigkeiten im Einzelnen aufzuzeigen. Das Finden einer zumutbaren Arbeitsstelle scheine im vorliegenden Fall nicht ausgeschlossen. Das Invalideneinkommen sei gestützt auf die LSE Tabelle 2010 TA1, Total Männer, Anforderungsniveau 4 ermittelt worden. Dieses Niveau erfordere gerade keine besondere berufliche Qualifikation, es gehe um Hilfsarbeiten. Eine spezielle Ausbildung sei nicht erforderlich. Hingegen seien entgegen der angefochtenen Verfügung die Tabellenwerte der LSE 2012 anzuwenden, da letztere bei Verfügungserlass vorgelegen hätten.

Aufgrund der erschwerten Bedingungen bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle sei ein Anspruch auf Stellenvermittlung gemäss Art. 18 IVG gegeben. Ob allenfalls noch weitere Abklärungen bezüglich Fähigkeiten und Neigungen des Beschwerdeführers notwendig seien, werde sich zeigen. Ein solcher Anspruch setze aber auch die subjektive Eingliederungsbereitschaft voraus. Der Beschwerdeführer könne sich bei der

Beschwerdegegnerin melden, wenn er sich in der Lage fühle und gewillt sei, einen Beitrag zur beruflichen Eingliederung zu leisten. Der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» verbiete nicht, vorab über den Rentenanspruch zu befinden, jedenfalls dann nicht, wenn er unabhängig von einer allfälligen Eingliederungsberechtigung zufolge Fehlens eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades abzulehnen sei.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde vom 16. Februar 2015 (A.S. 30 ff.) und in der Stellungnahme vom 19. Mai 2015 (A.S. 52 ff.) entgegenhalten, sein medizinischer Zustand sei erstellt. Die Beurteilung von Dr. med. E.____, auf die sich die Beschwerdegegnerin abstütze, sei eine rein theoretische, die durch das Ergebnis des dreimonatigen Aufbautrainings widerlegt sei. Der Beschwerdeführer müsse die Toilette während eines Arbeitstages bis zu 20 Mal aufsuchen. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, dass eine höhere Stuhlfrequenz als sechs- bis zehnmal nicht plausibel sei, werde durch das Ergebnis der Abklärung bei der C.____ und durch die medizinische Einschätzung widerlegt. Die Beschwerdegegnerin beurteile die berufliche Wiedereingliederung angesichts der gesundheitlichen Probleme völlig unrealistisch. Es sei nicht anzunehmen, dass der Beschwerdeführer mit seinen körperlichen Einschränkungen eine Chance auf eine Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt habe. Er könne aufgrund seiner beruflichen und schulischen Ausbildung ■ er spreche sehr schlecht deutsch ■ auf dem ersten Arbeitsmarkt nur für leichte und niederschwellige Tätigkeiten eingesetzt werden. Es sei völlig realitätsfremd anzunehmen, dass er eine seinem Leiden angepasste Stelle finden könne. Eine solche Stelle gebe es allenfalls an einem geschützten Arbeitsplatz oder in der Administration / Verwaltung. Weder Arbeitsplätze in der Montage noch solche in einem Lager, einem Logistikcenter oder bei Überwachungsaufgaben würden das medizinisch bedingte Bedürfnis tolerieren. Dazu komme die Auflage, dass der Arbeitsplatz in unmittelbarer Nähe einer Toilette stehe und diese immer frei zugänglich sein müsse. Das theoretisch medizinisch festgelegte Zumutbarkeitsprofil müsse in der Praxis, d.h. im ersten Arbeitsmarkt, umsetzbar sein. Das Finden einer Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt für Personen über 50 Jahre, die in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeiten könnten, sei auch für gesunde Personen äusserst schwierig und die Annahme des ausgeglichenen Arbeitsmarktes stelle gerade heutzutage eine Fiktion dar. Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, vor dem Rentenentscheid die konkreten Auswirkungen des medizinischen Problems des Beschwerdeführers auf seine mögliche Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt zu untersuchen. Einerseits habe man nicht umfassend geprüft, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführer konkret noch ausüben vermöge, da körperlich zu anstrengende Arbeiten mit entsprechend hoher Belastung insbesondere der Bauch- und Rückenregion negative Auswirkungen auf die Kadenz des Toilettengangs hätten. Andererseits seien überhaupt keine Massnahmen zu einer beruflichen Wiedereingliederung geprüft worden. Dies stelle eine Verletzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» dar. Es komme hinzu, dass bei der Beurteilung, ob ein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden vorliege, auch zu prüfen sei, ob es einem Arbeitgeber auf dem ersten Arbeitsmarkt zugemutet werden könne, eine Person mit einer Behinderung, wie sie der Beschwerdeführer habe, einzustellen. Es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass es auf dem ersten Arbeitsmarkt solche Arbeitgeber gebe. Der Beschwerdeführer werde aufgrund seiner schulischen und intellektuellen Fähigkeiten sowie seiner bisherigen Tätigkeit auf dem Bau nur noch in der Lage sein, nicht allzu anspruchsvolle Tätigkeiten auszuüben. Dabei müsse ihm ein Arbeitgeber die Möglichkeit eines jederzeitigen und ungehinderten Zugangs zu einer jederzeit freien Toilette einräumen. Es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass es auf

dem ersten Arbeitsmarkt entsprechende Arbeitsstellen gebe. Sollte dies der Fall sein, so müsste die Beschwerdeführer diese zumindest bezeichnen, damit der Beschwerdeführer diese Angaben auf ihre Richtigkeit überprüfen könne.

Der Beschwerdeführer habe zuvor während mehr als 30 Jahren demselben Betrieb angehört. Er verfüge über keine abgeschlossene Berufslehre und trotz seiner 30-jährigen Anwesenheit in der Schweiz nur über mangelhafte Deutschkenntnisse. Ebenfalls würden sich die zu erwartenden krankheitsbedingten Absenzen lohnsenkend auswirken. Daher und weil ein Arbeitsplatz des Beschwerdeführers viele Erfordernisse erfüllen müsse, sei ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen. Weiter sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer auf bis zu 20 Toiletten-Pausen täglich angewiesen sei. Ausgehend von 5 Minuten pro Toilettengang ergebe dies 100 Minuten. Es resultiere eine Leistungseinschränkung von 20 %. Damit betrage der Invaliditätsgrad ab dem 1. Dezember 2013 bis 31. März 2014 77 %. Ab 1. April 2014 betrage er 50 %.

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird ab Oktober 2011 eine Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht (IV-Nr. 2), d.h. eine Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Oktober 2012 vorliegen (vgl. E. II. 3.3). Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 14. März 2012 [IV-Nr. 2]), was hier im September 2012 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab Oktober 2012 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage (IV-Revision 6a) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, 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 entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Administrativverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch

externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 209 S. 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht vom 1. Oktober 2012 bis 30. November 2013 eine ganze sowie vom 1. Dezember 2013 bis 31. März 2014 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zugesprochen und mit Wirkung ab 1. April 2014 einen Rentenanspruch verneint hat. Hierfür sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten relevant:

5.1 Gemäss Bericht von Dr. med. F.____, Klinik für Viszeral-, Thorax und Gefässchirurgie des G.____, vom 18. April 2012 (IV-Nr. 15 S. 20 f.) sei die Leidensgeschichte des Beschwerdeführers nach der Krebserkrankung komplex und trotz eingeschlagener Therapiemassnahmen nicht überzeugend. Als weitere Optionen habe man eine präsakrale Drainageneinlage mit Zugang nach Wyatt diskutiert, es stelle sich jedoch die Frage, ob nicht eine anteriore Rektumresektion mit Wiederherstellung der Darmkontinuität nach Monaten und abgeheilter Infekt-Situation im kleinen Becken durchgeführt werden sollte. Für Letzteres habe man sich aufgrund des jungen Alters des Beschwerdeführers, der entzündlichen Situation im Becken und dem Risiko von Verletzungen der hypogastrischen Nerven mit möglichen postoperativen Erektions- und Miktionsproblemen noch nicht entscheiden können. Man hole nun eine Zweitmeinung ein.

5.2 Dr. med. H.____, Fachärztin für Chirurgie im I.____ berichtete am 26. April 2012 (IV-Nr. 15 S. 15 f.), für sie liege dem Problem sicher eine kleine Anastomoseninsuffizienz zugrunde, die trotz Anlage einer Entlastungsstomie nicht zur Abheilung komme, wobei multiresistente Bakterien die Behandlung erschwerten. Zudem bestehe auf 8 cm eine Seit-zu-End-Anastomose, die koloskopisch stenotisch sei. Die Mukusbildung und die leichte Darmfunktion, die auch im ausgeschalteten Darm noch bestehe, unterhalte ihrer Meinung nach diese Anastomoseninsuffizienz.

5.3 Laut Operationsbericht vom 28. Juni 2012 kam es am besagten Tag im G.____ zu einer Transversostoma-Rückverlagerung (IV-Nr. 15 S. 13 f.). Die Hospitalisation dauerte gemäss Austrittsbericht vom 3. Juli 2012 (IV-Nr. 15 S. 10 f.) vom 28. Juni bis 3. Juli 2012, der peri- und postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos.

5.4 Vom 7. bis 12. März 2013 befand sich der Beschwerdeführer wiederum im G.____, nachdem er sich selbst eingewiesen hatte. Im Austrittsbericht des G.____ vom 18. März 2013 (IV-Nr. 15 S. 2 ff.) wird erstmals die Diagnose eines chronischen Durchfalls gestellt.

5.5 Einer E-Mail von J.____, Ambulatorium der K.____, vom 5. April 2013 an die zuständige Eingliederungsfachfrau der Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 16) lässt sich entnehmen, in den bisherigen Gesprächen mit dem Beschwerdeführer habe sich kein Hinweis auf eine relevante Psychopathologie ergeben. Dennoch könne angesichts der Schwere der organischen Grunderkrankung und der hierfür erfolgten Eingriffe nicht ausgeschlossen werden, dass die körperlichen Symptome mindestens zum Teil eine psychische Genese hätten. Bei der Diagnose etwa einer somatoformen autonomen Funktionsstörung handle es sich jedoch um eine Ausschlussdiagnose. Sie könne erst gestellt

werden, wenn zuvor eine organische Ursache ausgeschlossen worden sei. Eine organische Genese erscheine im vorliegenden Fall indessen durchaus denkbar. Derzeit bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht.

5.6 Dr. med. E. ____, Facharzt für Innere Medizin, berichtet am 1. Oktober 2013 (IV-Nr. 24) über die Durchführung von H₂-Zuckerintoleranztests. Die Hauptstuhlinkontinenz sei erklärt durch eine wesentliche, kombinierte Laktose- und Fruktoseintoleranz mit Malabsorption. Die Laktoseintoleranz sei ausgeprägter. Eine mögliche Ursache sei eine verminderte Produktion von Disaccharidasen nach Radio- und Chemotherapie. Es werde eine gezielte Ernährungsberatung vorgeschlagen. Er gehe davon aus, dass bei gewissenhafter Nahrungsmitteladaption die Inkontinenzepisoden grösstenteils verschwinden würden.

5.7 Die Ernährungsberaterin L. ____, berichtet am 27. Januar 2014 (IV-Nr. 47 S. 42 f.) über drei Beratungen, die seit dem 21. November 2013 mit dem Beschwerdeführer stattgefunden hätten. Dieser habe seine Ernährung nach der Diagnose einer Laktoseintoleranz vor der ersten Konsultation selbständig umgestellt. Durch diese Veränderung wäre schon zum Zeitpunkt der ersten Ernährungsberatung eine Besserung der Symptome zu erwarten gewesen. Eine solche habe jedoch anamnestisch nicht erfasst werden können. Der Beschwerdeführer habe während einer Woche ein Essprotokoll geführt. Damit sei eine starke Reduktion der Laktosezufuhr erkennbar gewesen. Jedoch sei man auf eine hohe Fettmenge aufmerksam geworden, weshalb man sich in der zweiten Beratung entschieden habe, einen weiteren Versuch während zwei Wochen mit einer starken Reduktion von Laktose, kombiniert mit einer Fruktose-, Fruktan-, Sorbit- und Fettreduktion zu starten. Auch dies habe keine Verbesserung der Symptome gebracht. Sie sei daher zum Schluss gekommen, dass die Ernährung in der momentanen Situation keinen Einfluss auf die Symptome habe.

5.8 Im Arztbericht der Hausärztin, Dr. med. M. ____, vom 17. Februar 2014 (IV-Nr. 47 S. 1 ff.) werden folgende Diagnosen festgehalten:

Adeno CA des distalen Sigmoid Stadium ypT2ypNO (0/26) M0 V0 R0, ED 10/11

neo-adjuvante Radio-/Chemotherapie mit Xeloda und Radiotherapie 25Gy,

Status nach anteriorer Rektumresektion mit Seit-zu-End Anastomose kolorektal 1/12,

Status nach Entlastungstransversostomie und Drainage bei lokoregionär lange persistierendem Infekt mit multiresistenten Keimen (ESBL) mit Status nach Stoma-Rückverlegung 6/12,

leichte Anastomosenstenose mit konsekutiver endoskopischer Bougierung 9/12.

Persistierende Diarrhoe und leichte Stuhlinkontinenz

Kombinierte Laktose- und Fruktoseintoleranz mit Malabsorption,

DD idiopathisch, nach Radiotherapie.

Die Arbeitsunfähigkeit habe vom 17. November bis 15. August 2012 100 %, vom 16. August bis 9. Oktober 2012 30 %, vom 10. bis 28. Oktober 2012 50 %, vom 29. Oktober bis 3. November 2012 100 %, vom 4. November 2012 bis 24. Februar 2013 50 % sowie ab dem 7. März 2013 bis aktuell 100 % betragen. Der Gesundheitszustand sei stationär. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Der Beschwerdeführer leide seit einer

komplikationsträchtigen Operation des Adenocarcinoms des distalen Sigmas unter nicht unterdrückbarer Diarrhoe ca. sechs- bis zwölfmal täglich. Dazu kämen Schmerzen im Oberbauch, Blähungen, Flatulenzen und leichte Stuhlinkontinenz. Die Beschwerden würden durch Bewegung, Erschütterungen, Nahrungsaufnahme und Stress deutlich verstärkt, seien aber auch in Ruhe vorhanden. Die Prognose sei ungünstig.

5.9 Im Arztbericht von Dr. med. E. ___ vom 19. Februar 2014 (IV-Nr. 49) sind folgende Diagnosen enthalten:

Stuhlinkontinenz (Wexner Score 10 / 20),

Adenocarcinom distales Sigma / Rectum ED 10 / 2011.

Die Arbeitsunfähigkeit sei durch die Hausärztin festzulegen. Es habe eine ausgedehnte gastroenterologische Abklärung mittels Labor, Endoskopie und Funktionsanalysen stattgefunden. Sämtliche therapeutischen Versuche hätten keinen Erfolg gebracht. Die Prognose sei schlecht. Die Stuhlinkontinenz mache die bisherige Tätigkeit unmöglich. Andere Tätigkeiten seien zumutbar. Es brauche Nähe zu einem WC, ein kurzfristiger Zugang hierzu müsse gewährleistet sein. Es bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit.

5.10 Die Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), med. pract. N. ____, praktische FMH, geht in ihrer Stellungnahme vom 11. März 2014 (IV-Nr. 53) davon aus, dem Beschwerdeführer sei eine Verweistätigkeit zu 100 % zumutbar. Für schwere körperliche Tätigkeiten sei er durch die Bauchbeschwerden eingeschränkt. Eine angepasste Tätigkeit müsse leicht bis mittelschwer wechselbelastend sein, mit gutem Zugang zu einer Toilette.

Am 13. August 2014 (IV-Nr. 69) hielt med. pract. N. ___ fest, es sei mit höchster Wahrscheinlichkeit von einer inkonsequenten Diät oder auch einer nicht IV-relevanten psychischen Fixierung auf die Symptomatik auszugehen. In der ganzen Berichterstattung finde sich als einzige objektive Konstante die erhöhte Stuhlfrequenz, die eine volle angepasste Tätigkeit problemlos zulasse. Psychosoziale Faktoren würden auch mit hineinspielen.

E. 6

6.1 Im von der Begutachtungsstelle D. ___ am 28. Dezember 2015 (A.S. 69 ff.) erstellten Gerichtsgutachten werden folgende Diagnosen festgehalten:

Status nach anteriorer Rektumresektion vom 25. Januar 2012 wegen Adenokarzinom des Rektums cT3 N1 M0 G2,

Status nach tiefer anteriorer Rektumresektion, querer Kolooplastik, koloanaler Anastomose und protektiver Ileostomie vom 23. Oktober 2015,

chronische (pseudo-)Diarrhoe mit imperativem Stuhldrang verbunden mit Flatulenz, whs. multifaktorieller Genese, seit Behandlung des Rektumkarzinoms 2011 / 2012,

Verdacht auf somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems im Sinne von ICD-10 F45.32,

Anpassungsstörung mit Angstsymptomen und vorwiegend gastrointestinalen Beschwerden im Sinne von ICD-10 F43.28.

Nebenbefunde: fragliche Laktose- und Fruktose-Intoleranz

Zur subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit durch den Beschwerdeführer wird festgehalten, dieser habe angegeben, es gebe viele Möglichkeiten, was er machen könnte. Manchmal mache einfach sein Körper nicht mit. Er könne zum Beispiel nicht nach vorne gebeugt sitzen. Einerseits müsse er dadurch schneller auf die Toilette, andererseits habe er dann Schmerzen auf der rechten Seite, wo das Stoma angelegt gewesen sei. Bücken und schweres Tragen seien schwierig. Dabei habe er Schmerzen und bekomme Durchfall. Auch wenn er viel laufe, habe er Blähungen und schnellen Stuhldrang. Wenn er zurückgelehnt sitze, gehe es gut. Medikamente nehme er keine mehr ein. Er müsse davon nur noch mehr auf die Toilette. Sein Tagesablauf sehe so aus, dass er gegen 07.30 Uhr aufstehe, manchmal auch erst gegen 08.00 oder 08.30 Uhr. Sobald er mit den Füßen am Boden stehe, müsse er sofort zur Toilette. Seine Frau gehe arbeiten und er kümmere sich um die Kinder. Er mache ihnen Frühstück und bringe sie zur Schule. Gegen 09.00 Uhr sei zurück und mache sich einen Tee oder Kaffee. Nach dem Kaffee müsse er wieder zur Toilette, vielleicht zwei- oder dreimal. Am Vormittag erledige er Kleinigkeiten im Haus, zum Beispiel kümmere er sich um die Pflanzen. Wenn die Töchter am Mittag nach Hause kämen, bereite er ein einfaches Essen zu. Die Ehefrau komme ebenfalls um 12.00 Uhr. Dann werde gemeinsam gegessen. Er könne aber nicht mit der Familie essen, da er sonst auf die Toilette müsse. Der Tag sei zweigeteilt. Am Morgen gehe es ihm besser. Wenn er gegessen habe, sei es sehr schwer. Er müsse aber essen. Um 13.00, 14.00 und 15.00 Uhr müsse er nochmals auf die Toilette, bis am Abend. Die Tochter könne er um 15.00 Uhr nicht von der Schule abholen, weil er dann fürchte, sich in die Hose zu machen. Um 16.00 Uhr mache er seiner Tochter ein «Zvieri», schneide Früchte. Er würde auch gerne Früchte essen, müsse dann aber gleich zur Toilette. Gegen 17.00 Uhr gehe er arbeiten. Dies sei eine Arbeitsstelle bei seiner Frau bei einer Reinigungsfirma. Er vertrete diese, damit ihr nicht gekündigt werde. Seine Frau sei während eines Monats zu Hause gewesen, weshalb er sie vertreten habe. Nun sei sie wieder zurück und er arbeite nicht mehr. Die Mittagsmahlzeit sei die Hauptmahlzeit der Familie. Am Abend würden sie nur wenig essen. Am Abend sehe er beispielsweise fern und achte darauf, bis 21.00 Uhr wach zu bleiben. Die Töchter gingen ca. um 20.00 Uhr zu Bett. Am Abend müsse er noch ein- bis zweimal auf die Toilette. Er gehe in der Regel zwischen 21.00 und 22.00 Uhr zu Bett. Schlafen könne er gut, er schlafe jeweils nach wenigen Minuten ein. Gestört werde der Schlaf allenfalls durch Stuhldrang, was nachts selten vorkomme. Zu den Sozialkontakten berichte der Beschwerdeführer, er gehe ab und zu in der Firma im Büro vorbei und sei dort willkommen. Er habe insbesondere Kontakt zu den Vorgesetzten, die sich erkundigten, wie es ihm gehe. Ab und zu telefoniere er auch mit Kollegen und treffe diese. Appetit und Durst seien ungestört.

In der systematischen Anamnese wird festgehalten, der Beschwerdeführer berichte nur über einen hohen Blutdruck, der wie der Blutzucker steige, wenn er unter Spannung stehe, unter Druck komme oder von den Leuten nicht verstanden werde. An abdominalen Schmerzen beklage er leidlich diejenigen im Bereich der Stomanarbe. Phasenweise könne er gut damit leben, manchmal seien diese sehr beeinträchtigend.

Folgende gutachterlichen Befunde werden erhoben: Das Abdomen sei leichtgradig vermehrt voluminös, ohne wesentliche Zeichen von Meteorismus. Die Darmgeräusche seien normal lebhaft, qualitativ unauffällig. Erkennbar sei eine minim indurierte, aspektmässig aber reizlose und palpatorisch indolente mediane Laparotomienarbe, frei von Dehiscenzen. Es bestehe ein mit einem Stomasäckchen versorgtes Ileostoma im rechten Mittel- / Unterbauch. Die übrige Abdominal-Palpation sei allseits weich und indolent. In

psychopathologischer Hinsicht habe der Beschwerdeführer selber keine Auffassungsstörungen beklagt, es seien aber solche beobachtet worden, am ehesten infolge der Übersetzung und / oder der Abwehr spezieller Themen, eventuell auch aus begrenztem Abstraktionsvermögen heraus. Der Beschwerdeführer habe sehr wortreich erzählt und sich insbesondere beim Thema Ernährung ausführlich ausgebreitet, wohingegen er bei anderen Themen sehr kurz gewesen sei. Der Gedankengang sei massiv eingengt gewesen auf den Durchfall. Grübeln habe er strikt verneint, dazu aber angefügt, er wolle nicht daran denken. Eine eigentliche Hypochondrie könne nicht beschrieben werden. Der Beschwerdeführer habe strikt erklärt, keine Angst davor zu haben, sterben zu müssen. Jedoch habe er an anderer Stelle erwähnt, er wolle seine Töchter noch aufwachsen sehen. Auf die Konfrontation mit dieser Äusserung habe er sich nicht weiter öffnen wollen oder können. Primär imponiere keine Störung der Affektivität. Auf die Frage nach Sorgen habe der Beschwerdeführer erklärt, er wolle sich nicht sorgen, wolle nicht an die Erkrankung und den Durchfall denken. Indirekt sei offen geblieben, ob er es nicht doch tue. Die Frage nach der Stimmung habe er erst gar nicht beantwortet. Darauf seien einige Kommentare gefolgt, die indirekt Hinweise dafür ergeben hätten, dass die Stimmung allenfalls doch gedrückt sei und er sich Sorgen mache. Bei der Hamilton-Depressionsskala zeige sich je nachdem, ob man Körpersymptome als psychisch mitbedingt oder rein somatisch interpretiere, ein Wert von 12 bzw. 9 Punkten. Dies entspreche einem gerade erreichten bzw. nicht erreichten Schwellenwert für eine leichte depressive Symptomatik. Gemäss Auskunft der Hausärztin spiele Scham beim Beschwerdeführer eine grosse Rolle. Im Weiteren gehe es ihrer Ansicht nach um Kränkung. Der Beschwerdeführer habe den Eindruck, man glaube ihm nicht und nehme ihn nicht ernst. Bei den Reinigungsarbeiten, die er aktuell durchführe, habe er etwas weniger Hemmungen, weil er freier sei. Beim Training in der C.____ habe sie den Eindruck gehabt, dass man den Leidensdruck des Beschwerdeführers seitens der IV infrage gestellt habe. Das sei für ihn unverständlich gewesen. Zudem hätten ihn die vielen Abklärungen im Hinblick auf Unverträglichkeiten unter Druck gesetzt. Der Beschwerdeführer habe die Haltung, er sei ein Mann und müsse funktionieren.

6.2 Das Gerichtsgutachten erscheint insgesamt als beweiskräftig. So lagen den Experten sämtliche relevanten Akten vor, wie sich dem umfassenden Aktenauszug entnehmen lässt. Die mitwirkenden Personen, Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. P.____, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. Q.____, Facharzt für Gastroenterologie, sind Spezialisten auf den entsprechenden Gebieten. Sie kommen nach jeweiligen eingehenden eigenen Untersuchungen in ihren Beurteilungen zu nachvollziehbaren Ergebnissen. Das Gutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage gerecht.

6.2.1 Im gastroenterologischen Teilgutachten von Dr. med. Q.____ vom 9. November 2015 (A.S. 110 ff.) wird dargelegt, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich am 23. Oktober 2015 operiert worden sei. Das Rest-Rektum sei reseziert und mittels einer queren Koloplastik mit kolanaler Anastomose rekonstruiert worden. Dies unter der plausiblen Arbeitshypothese, dass die Kapazität bzw. Compliance des Rest-Rektums ungenügend sei und wesentlich zur Problematik der Pseudodiarrhoe mit imperativem Stuhldrang beitrage. Da zum Schutz der Anastomose eine temporär intentionierte doppelläufige Ileostomie installiert worden sei, entfalle das Leitsymptom der Diarrhoe momentan komplett. Es sei geplant, voraussichtlich im Februar 2016 die Ileostomie zurückzuverlagern. Wie sich die Symptomatik danach verhalten werde, sei offen. Im besten Fall könne eine weitgehende

Normalisierung der Pseudodiarrhoe im Verbund mit einer unproblematischen Krankheitsverarbeitung erreicht werden, was eine Rückkehr in den Arbeitsprozess gestatten würde. Im schlechtesten Fall würde die funktionelle Diarrhoe persistieren und die problematische Krankheitsverarbeitung zur Invalidität führen. Es lässt sich damit feststellen, dass zum Zeitpunkt der fachärztlichen Begutachtung durch Dr. med. Q.____ gerade mittels einer weiteren Behandlungsmethode versucht wurde, der chronischen Diarrhoe, an welcher der Beschwerdeführer leidet, entgegenzutreten. Konsequenterweise kann der Gutachter keine Beurteilung über einen Ist-Zustand abgeben. Seine prognostischen Ausführungen erscheinen indessen angesichts der gewählten Behandlungsmethode und der bisherigen Krankengeschichte einleuchtend.

Dr. med. Q.____ erwägt weiter, im Zeitpunkt der Untersuchung sei eine bisher problemlose, zeitgerechte postoperative Rekonvaleszenz zu konstatieren. Die Stomaversorgung bereite dem Beschwerdeführer keine Probleme. Indessen sei die angegebene Entleerungsfrequenz von sechs- bis siebenmal täglich plus zwei- bis dreimal nachts auffällig hoch. Es handle sich hier um nicht objektivierbare Angaben. Es bleibe unklar, ob der Beschwerdeführer die Frequenz überschätze, ob eine verminderte Toleranz für die Füllung des Stomasäckchens vorliege oder ob die häufige Entleerung tatsächlich erforderlich sei, d.h. auf eine High-Output-Problematik zurückzuführen sei. Letzteres könnte auf ein echtes Diarrhoeproblem hinweisen. In der Regel wären dann aber Volumen- und Elektrolyt-Probleme zu erwarten, was hier momentan nicht gegeben sei. Grundsätzlich wäre es wünschbar, den Stoma-Output zu objektivieren und nötigenfalls weiter abzuklären. Je nach Resultat könnten sich nochmalige Überlegungen und eventuell weitere Abklärungen im Hinblick auf eine Diarrhoe-Ursache auf Niveau Dünndarm aufdrängen. Aufgrund von Atemtests habe sich die Hypothese einer Laktose- und Fructose-Unverträglichkeit ergeben. Die Aussagekraft dieser Tests sei aber beschränkt und der Beschwerdeführer habe auf entsprechende Diäten offenbar keine Besserung der Diarrhoe-Problematik erfahren, weshalb die klinische Relevanz dieser Diagnosen zu bezweifeln sei. Auch diese Ausführungen sind nachvollziehbar. Insbesondere ist mit der gutachterlichen Einschätzung einhergehend davon auszugehen, dass der chronische Durchfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Laktose- und Fructose-Unverträglichkeit zurückzuführen ist, wie dies vom Spezialisten Dr. med. E.____ in seinem Bericht vom 19. Februar 2014 noch vermutet wurde und worauf die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung unter Verweis auf die Beurteilung des RAD abstellt. Dies ergibt sich auch aus den Ergebnissen der Ernährungsberatung, die mit dem Beschwerdeführer durchgeführt worden war (vgl. Ziff. 5.7 hiervor). Festzustellen ist schliesslich, dass auch Dr. med. Q.____ nach einem weiteren operativen Behandlungsversuch keine objektivierbare Ursache für den vom Beschwerdeführer beklagten chronischen Durchfall finden kann, ein rein somatisches Leiden aber weiterhin nicht ausgeschlossen ist.

6.2.2 In der zusammenfassenden Beurteilung der involvierten Gutachter wird sodann ■ der Aktenlage entsprechend ■ die Krankengeschichte des Beschwerdeführers zusammengefasst: Nachdem dieser im Herbst 2011 Veränderungen im Stuhlgang wahrgenommen habe, habe man anlässlich einer Ileokoloskopie am 14. Oktober 2011 ein Karzinom am rektosigmoidalen Übergang festgestellt. Der bösartige Tumor sei zunächst radio- und chemotherapiert worden, im Januar 2012 habe dann eine anteriore Rektumresektion stattgefunden. In den folgenden Tagen habe der Beschwerdeführer massiv

erhöhte Infektparameter aufgewiesen. Es habe längerer Abklärungen bedurft um zu klären, ob tatsächlich eine Anastomoseninsuffizienz vorliege. Eine ausgeprägte Abszesskollektion habe man drainiert. In der Folge habe man eine Entlastungsstomie vornehmen müssen. Die Anastomose sei dilatiert und im Juni 2012 das Transversostoma schliesslich rückverlagert worden. Im Oktober 2012 habe der Beschwerdeführer erneut breiigen Stuhlgang mit einer Stuhlfrequenz von ca. sechs Mal täglich beklagt. Eine Kolonoskopie habe keinen Hinweis auf ein Rezidiv gezeigt. Der Versuch mit einer Einnahme von Imodium habe zu keiner Besserung geführt, ebenso wenig die Empfehlung einer Diät. Im März 2013 habe er sich wegen chronischen Durchfalls und Meteorismus mit persistierendem imperativem Stuhldrang im G.____ vorgestellt, wobei eine erneute Ileokolonoskopie keine Hinweise auf eine Kolitis gezeigt habe. Die weitere Diagnostik, die sich bis Spätherbst 2013 hingezogen habe, habe der Klärung gedient, ob eine medikamentöse, endokrine, allergische oder Kohlenhydrat-Malabsorption vorliege. Die eingehende Diagnostik in der Praxis von Dr. med. E.____ habe eine Laktose- und Fruktoseintoleranz ergeben. Ebenfalls im Herbst 2013 scheine die Hausärztin den Beschwerdeführer in das K.____ überwiesen zu haben. Dort habe man offenbar keine relevante Psychopathologie festgestellt. Diätetische Massnahmen hätten auch zu keinem Erfolg geführt und im Januar 2014 sei noch einmal die Frage aufgeworfen worden, ob nicht die Chemo- und Radiotherapie Ursache für die Diarrhoen sein könne. Im Februar 2014 sei von einer Stuhlinkontinenz mit flüssigen Stuhlgängen bis zu 15 Mal pro Tag und einer wesentlichen Flatulenz die Rede gewesen. Schliesslich sei im August 2015 von einer gewissen Strahlenproktitis / Strahlenkolitis ausgegangen worden, die wahrscheinlich mit einer Restproktomie und Kolon-pouch-analer Anastomose behandelt werden könne. Dazu müsse ein temporäres Ileostoma angelegt werden. Im Oktober 2015 sei dann eine eher funktionelle Störung nach diversen Eingriffen im Bereich des Anorektums beschrieben worden, dies als Folge der Operation und Radiatio. Die Krankengeschichte zeigt auf, dass nach Entfernung des Karzinoms eine langwierige Behandlungsphase begann, wobei die Ursache für den chronischen Durchfall weder abschliessend erklärt noch behandelt werden konnte.

In der gutachterlichen Beurteilung wird sodann gestützt auf diese Krankengeschichte in psychiatrischer Hinsicht nachvollziehbar gefolgert, dass der Beschwerdeführer anlässlich der aktuellen Untersuchung zwar zunächst lediglich die häufigen Stuhlgänge beklagt habe, sich im Rahmen der vertieften Erhebung des Verlaufs seit der Diagnosestellung einschliesslich näherer Betrachtung der Arbeitsversuche und der bisherigen Behandlung aber herauskristallisiert habe, dass bei diesem durchaus Ängste vorhanden seien. Er habe einerseits gesagt, keine Angst zu haben, an anderer Stelle habe er aber erklärt, er habe Angst bekommen, insbesondere, weil mehrere Familienmitglieder an Krebs verstorben seien. Es gebe in der echtzeitlichen Dokumentation und der aktuellen Untersuchung einige Hinweise dafür, dass sich der Beschwerdeführer nicht darüber im Klaren sei, ob der Tumor tatsächlich ganz entfernt worden sei oder ob die Durchfälle auch Zeichen für noch vorhandenes oder wieder aufgetretenes Tumorgewebe seien. Wiederholt habe er erklärt, ein starker Mann zu sein. Diese Formulierung tauche zum einen im Kontext mit der Frage nach Ängsten auf, zum anderen in Zusammenhang mit einer vorhandenen Erektionsstörung und der Rollenteilung mit seiner Frau. Dies deute darauf hin, dass er recht klare Vorstellungen von seiner Identität als Mann habe, zu der sowohl körperliche als auch psychische Stärke gehöre. Der Beschwerdeführer scheine Mühe zu haben, sich selbst Ängste, Schwächen, Zweifel oder Sorgen einzugestehen. Es gehöre aber auch zu seiner Identität, wieder leistungsfähig zu werden und als Maschinist weiter für den Unterhalt der Familie zu sorgen.

Diese Beurteilung erscheint gestützt auf die erhobenen Befunde einleuchtend und die genannten Unsicherheiten sind im Hinblick auf die vorliegende Krankengeschichte durchaus nachvollziehbar. Weiter wird erwogen, der Beschwerdeführer scheine sich mit der Symptomatik der gehäuften Stuhlgänge und der Blähungen bislang nicht aktiv zurechtgefunden zu haben. Es gebe Hinweise dafür, dass er es für sich ablehne, sein Verhalten den Stuhlgängen anzupassen. Er erkläre wiederholt, ein normales Leben führen zu wollen. Beispielsweise lehne er es strikte ab, Einlagen gegen die Stuhlinkontinenz zu tragen. Im Hinblick auf die Selbstwirksamkeit schienen sich die aktiven Einflussmöglichkeiten des Beschwerdeführers vor allem auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme konzentriert zu haben. Er scheine wenig, insbesondere keinen abstrakten, Zugang zu seiner psychischen Befindlichkeit und zum aktiven Umgang mit der eigenen Befindlichkeit zu haben. Ein solcher scheine ihm eher über konkrete und praktische Dinge wie Körperhaltung, Ernährung oder Bewegung möglich zu sein. Zudem sei es während der Exploration verschiedentlich zu Verständigungsproblemen gekommen. Die entsprechenden Fragen hätten nicht immer geklärt werden können. Hinweise auf verschiedene Missverständnisse gebe es auch im Verlauf der Dokumentation. Der Beschwerdeführer scheine auch Mühe mit Abstraktion zu haben. Insofern sei es nicht ausgeschlossen, dass die Verständigungsprobleme mit recht rigiden Vorstellungen von Lebensverlauf, Rollen, aber auch mit körperlichen und psychischen Prozessen und nicht ausschliesslich mit sprachlichen Problemen zu tun hätten. Auch diese Beurteilung lässt sich nachvollziehen und erklärt zusätzlich die beim Beschwerdeführer aufgetretenen Unsicherheiten bezüglich seiner Krebsbehandlung.

Diagnostisch wird festgehalten, für eine psychische Störung vor der Diagnose des Karzinoms gebe es keine Hinweise. Dem ist zuzustimmen. Diskussionswürdig sei stattdessen die Frage einer psychischen Störung im Kontext der Karzinomkrankung. In der Folge wird geprüft, ob eine depressive Stimmung, eine Angststörung, eine Anpassungsstörung oder auch eine somatoforme Störung vorliegt. Eine relevante depressive Störung wird dabei verneint, obwohl gewisse Hinweise auf depressive Symptome vorhanden seien. Da sich von den Grundsymptomen einer depressiven Problematik aber höchstens eine gedrückte Stimmung, jedoch keine weiteren Grundsymptome feststellen lassen, ist diese Einschätzung schlüssig. Auch von den weiteren Symptomen fänden sich lediglich ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Die Kriterien für eine leichte depressive Episode sind damit nicht erfüllt. Ängste seien nach gutachterlicher Einschätzung beim Beschwerdeführer im Kontext mit dem Karzinom im Sinne einer Lebensbedrohung hingegen aufgetreten. Weiter habe er die Befürchtung geäußert, seine beiden jüngeren Töchter nicht bis in ihr Erwachsenenleben begleiten zu können. Vermuten lasse sich neben der Scham die Angst, im Alltag öfter nicht rechtzeitig auf die Toilette zu kommen. All diese Hinweise rechtfertigen jedoch nach gutachterlicher Ansicht nicht die Diagnose einer Angststörung. Allerdings könnten Hinweise auf Angst und eine gewisse Depressivität in den Kontext einer Anpassungsstörung gehören. Darunter verstehe man Zustände von subjektiven Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behinderten und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, einem belastenden Lebensereignis aufträten. Die individuelle Disposition oder Vulnerabilität spiele bei dem möglichen Auftreten und der Form der Anpassungsstörung eine grössere Rolle als bei anderen Krankheitsbildern oder Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, es sei aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht

entstanden wäre. Mit der Diagnose einer Karzinomerkrankung liege beim Beschwerdeführer ein entscheidendes Lebensereignis vor. Es seien eine gewisse Depressivität zu finden und auch Ängste, die sich um das Karzinom wie auch die Durchfall-Symptomatik drehten. Ein Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, finde sich aber gerade nicht. Die Beschreibung seiner Umgangsversuche weise darauf hin. Einschränkungen seien zweifellos auch bei der Bewältigung der Alltagsroutine gegeben. Zutreffend sei zudem, dass keines der Symptome schwer genug oder so markant sei, um eine spezifischere Störung zu diagnostizieren. Die Kriterien für die Diagnose einer Anpassungsstörung mit sonstigen näher bezeichneten vorherrschenden Symptomen im Sinne von ICD-10 F43.28 seien somit erfüllt. Beim Beschwerdeführer seien Angstsymptome und gastrointestinale Beschwerden vorrangig. Auch diese Beurteilung erscheint nachvollziehbar. Schliesslich wird die Frage einer Somatisierungsstörung, speziell einer somatoformen autonomen Funktionsstörung, diskutiert. Eine entsprechende Verdachtsdiagnose wurde bereits im April 2013 im Ambulatorium der K. ___ (IV-Nr. 16) gestellt. Charakteristisch für eine solche Störung seien gemäss Gutachten multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die bereits seit einigen Jahren bestanden hätten, bevor der Patient zum Psychiater überwiesen werde. Die meisten hätten in der Primärversorgung und in spezialisierten medizinischen Einrichtungen eine lange und komplizierte Anamnese mit vielen negativen Untersuchungen und allenfalls ergebnislosen Operationen hinter sich. Zu den häufigsten Symptomen gehörten unter anderem gastrointestinale Beschwerden. Depression und Angst kämen häufig vor und könnten eine spezifische Behandlung einfordern. Der Verlauf der Störung sei chronisch fluktuierend und häufig mit einer langandauernden Störung des sozialen, interpersonellen und familiären Verhaltens verbunden. Wie die Gutachterin zu Recht festhält, erfüllt der Beschwerdeführer an sich nur zwei notwendige Kriterien dieser Störung (zusätzliche subjektive Symptome bezogen auf ein bestimmtes Organ sowie intensive und quälende Beschäftigung mit der Möglichkeit einer schwerwiegenden Erkrankung des genannten Organs), weshalb die Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung aktuell nicht gestellt werden kann. Sie bleibt aber als Verdachtsdiagnose bestehen.

Zur Leistungsfähigkeit wird im Gutachten schliesslich festgehalten, der Beschwerdeführer sei sehr stolz auf seine Tätigkeit als Maschinist und sehr damit identifiziert. An seiner Motivation, wieder als solcher zu arbeiten, bestünden keine Zweifel. Probleme scheine es zum einen durch die Verständigung gegeben zu haben, zum anderen dadurch, dass er auf äussere Anspannung, Druck, aber auch wegen uneingestandener Ängste im Gefolge der Karzinomerkrankung sowie aufgrund sehr grosser Scham in Bezug auf die vermehrten Stuhlgänge beim Arbeitsversuch am angestammten Arbeitsplatz wie auch später in der C. ___ mit noch vermehrten Stuhlgängen und Blähungen reagiert habe, und er selbst keine Einflussmöglichkeiten gefunden habe, mit den gehäuften Stuhlgängen umzugehen. In der Tat zeigen die getätigten Arbeitsversuche die erwähnten Komplikationen anschaulich auf. Nach gutachterlicher Einschätzung sind beim Beschwerdeführer verschiedene, für die Leistungsfähigkeit relevante Funktionen eingeschränkt, so die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (aufgrund von starren Rollenbildern), die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (aufgrund starker Verunsicherung durch die Symptomatik und die lange Krankheitsgeschichte), die Durchhaltefähigkeit (durch Anspannung, uneingestandene Ängste und begrenzte Selbstwirksamkeit), die Selbstbehauptungsfähigkeit, Spontan-Aktivitäten (relativ gravierende Einschränkung seit der Operation und den vermehrten Stühlen und Blähungen) sowie die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die

Gruppenfähigkeit.

Aufgrund der im Zeitpunkt der Begutachtung stattfindenden Operation lasse sich die Arbeitsfähigkeit aus rein gastroenterologisch-theroretischer Sicht in der Phase Oktober 2011 bis 23. Oktober 2015 nicht mit der wünschbaren Genauigkeit festlegen. Seit dem 23. Oktober 2015 sei der Beschwerdeführer im Rahmen der durchgeführten Operation und der seitherigen Rekonvaleszenz zu 100 % arbeitsunfähig. Die Rekonvaleszenz sei mit vier Wochen zu veranschlagen. In der Folge sei theoretisch eine schrittweise Wiederaufnahme der Arbeit möglich. Ileostoma-Träger gälten als arbeitsfähig, mit der Einschränkung, dass Lasten heben von mehr als 5 kg nicht zulässig sei und dass keine Arbeiten durchgeführt werden könnten, die einen direkten Kontakt von Gegenständen mit der Bauchwand erforderten. Aufgrund der erhöhten angegebenen Ileostomie-Entleerungsfrequenz sollte die Tätigkeit für Toilettenbesuche unterbrochen werden können. Es sei anzunehmen, dass je nach Entwicklung und Zeitbedarf für die Toilettenbesuche eine leichte Einschränkung der faktischen Arbeitszeit in der Grössenordnung von 20 % resultieren könnte. Die Arbeitsfähigkeit nach Rückverlagerung des Ileostomas sei schwer zu prognostizieren und werde anhand des dannzumal festzustellenden Gesundheitszustandes neu zu beurteilen sein. Von psychiatrischer Seite sei die Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung erst nach Rückverlagerung des Ileostomas klärbar. Dann werde sich zeigen, ob die Symptomatik in der Anpassungsstörung aufgehe und sich so weit zurückgebildet habe, dass der Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch wage. Nach den Erfahrungen in der Vergangenheit empfehle es sich nicht, den Beschwerdeführer vor der Rückverlagerung des Ileostomas zu einem Wiedereinstiegsversuch zu drängen. In diesem Falle wäre wahrscheinlich mit einer Verschlechterung zu rechnen. Auch diese gutachterlichen Erwägungen erweisen sich als schlüssig, sie erlauben jedoch keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung im Januar 2015.

6.2.3 Aufgrund der oben genannten Abklärungslücke holte das Versicherungsgericht am 4. Februar 2016 bei der Begutachtungsstelle D.____ eine ergänzende Stellungnahme zur Frage ein, ob Aussagen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor dem 15. Januar 2015 gemacht werden könnten. In der daraufhin 16. März 2016 erfolgten Stellungnahme (A.S. 126 ff.) wird dazu dargelegt, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers am 15. Januar 2015 könne nur eingeschränkt kommentiert werden. Dr. med. Q.____ habe klar festgehalten, dass von gastroenterologischer Seite die vorliegenden Untersuchungsbefunde nicht ausreichten, um eine entsprechende Beurteilung abgeben zu können. Von psychiatrischer Seite her liege das Problem darin, dass die letzte echtzeitliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit vor dem 15. Januar 2015 der Schlussbericht der C.____ über das Aufbautraining sei. Der Bericht stamme vom 7. Februar 2014. Danach sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage gewesen, jenseits eines geschützten Rahmens mehr als zwei Stunden lang einer einfachen mechanischen Kontrolltätigkeit nachzugehen. Eine psychiatrische Stellungnahme liege nicht vor. Man könnte annehmen, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers am 15. Januar 2015 in etwa gleich gewesen sei wie zum Zeitpunkt der Begutachtung. Von somatischer Seite habe das Problem bestanden, dass ebenfalls keine ausreichenden Untersuchungsbefunde zur Stellungnahme über die Leistungsfähigkeit vorgelegen hätten und zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. med. Q.____ die nachfolgende Operation bereits stattgefunden habe. Der Beschwerdeführer sei zum damaligen Zeitpunkt aus rein somatischer Sicht vollständig

arbeitsunfähig gewesen. Von psychiatrischer Seite lasse sich sagen, dass der Beschwerdeführer insbesondere in seiner Durchhaltefähigkeit eingeschränkt gewesen sei, aber auch in anderen relevanten Fähigkeiten für die Ausübung jeglicher beruflicher Tätigkeit. Dass er für gewisse Zeit in der Reinigungsfirma für seine Frau tätig gewesen sei, könne auch einen Hinweis liefern. Auch diese Aufgabe habe einen Zeitraum von zwei Stunden umfasst, er habe sich seine Zeit selber einteilen können, es habe sich eine Toilette in unmittelbarer Nähe befunden und das Aufsuchen derselben sei nicht schambesetzt gewesen. In aller Vorsicht könnte man also davon ausgehen, dass die Arbeitsfähigkeit in etwa in dieser Grössenordnung gelegen habe. Dies sei jedoch eine Aussage mit Vorbehalt, da die beiden Zeitpunkte, über welche eine Aussage möglich sei, weit entfernt vom Zeitpunkt der Einsprache lägen.

Es zeigt sich, dass bezüglich der Frage der Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt vor der angefochtenen Verfügung ein Zustand der Beweislosigkeit vorliegt. Die Gutachter führen in ihrer ergänzenden Stellungnahme einleuchtend aus, dass sich die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorhandenen Akten retrospektiv nicht klären lässt. Die vagen Vermutungen, die angestellt werden, genügen nicht, um mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von diesen ausgehen zu können.

6.2.4 Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 Zivilgesetzbuch [ZGB, SR 210]) obliegt es bei erstmaliger Rentenprüfung der versicherten Person, die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt. Medizinischen Experten kommt dabei eine entscheidende Rolle zu. Diese haben im Einzelnen zu begründen und mittels ihrer Feststellungen und Einschätzungen zu Leidensdruck, psychischen Ressourcen oder funktionellen Defiziten darzulegen, in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, oder aber festzuhalten, dass die Beantwortung dieser Frage ■ trotz Ausschöpfung aller Möglichkeiten fachgerechter Exploration ■ nicht oder nicht sicher genug möglich ist. Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen vage und unbestimmt, ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen (BGE 140 V 290 E. 4.1 mit Hinweisen).

Eine solche Konstellation liegt hier vor. In somatischer Hinsicht war und ist weiterhin ungeklärt, welche Ursache der vom Beschwerdeführer beklagte chronische Durchfall hat, sie kann durchaus rein somatisch sein. Eine konkrete Arbeits(un)fähigkeit in einer Verweistätigkeit lässt sich für die Zeit vor der angefochtenen Verfügung nicht beziffern und von weiteren Erhebungen lassen sich keine anderen Erkenntnisse erwarten. Wenn die Begutachtungsstelle D. ___ in ihrer ergänzenden Stellungnahme angibt, die letzte echtzeitliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit vor dem 15. Januar 2015 sei nur im Schlussbericht der C. ___ über das Aufbautraining vom 7. Februar 2014 zu sehen, wobei angenommen werden könnte, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers am 15. Januar 2015 in etwa gleich gewesen sei wie zum Zeitpunkt der Begutachtung, wird damit lediglich eine Vermutung geäussert. Genauso verhält es sich mit dem Hinweis, dass der Beschwerdeführer für eine gewisse Zeit in der Reinigungsfirma für seine Frau tätig gewesen sei. Es wird explizit da-rauf hingewiesen, dass eine solche Aussage nur «in aller

Vorsicht» gemacht werden könne und sie mit Vorbehalt zu geniessen sei. Von einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit, die vorliegen müsste, um auf die Angaben abstellen zu können, kann nicht gesprochen werden. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinist nicht mehr arbeitsfähig sein dürfte. Was eine leichte, wechselbelastende Verweistätigkeit anbelangt, so ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei aufgrund der notwendigen, häufigen Toilettengänge eine Leistungseinschränkung zweifelsohne gegeben ist. In der Beschwerdeschrift wird geltend gemacht, es seien bis zu 20 Toilettengänge täglich nötig, was zu einer Leistungseinschränkung von 20 % führe. Berücksichtigt man die Schilderung des Tagesablaufs des Beschwerdeführers im Rahmen der gerichtlichen Begutachtung, kann nicht von 20 Toilettengängen ausgegangen werden. Nachdem aber auch im Gerichtsgutachten eine 20%ige Leistungseinschränkung aufgrund von Toilettengängen postuliert wird, ist darauf abzustellen.

In psychiatrischer Hinsicht liegt einzig eine per E-Mail an die Beschwerdegegnerin abgegebene Einschätzung aus dem April 2013 vor, gemäss welcher sich eine relevante Psychopathologie nicht habe feststellen lassen. Konkrete Berichte dazu fehlen jedoch. Damit lässt sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass im Verfügungszeitpunkt eine relevante psychische Problematik vorgelegen hat. Hinzu kommt, dass die im Gerichtsgutachten diagnostizierte Anpassungsstörung für sich alleine keine IV-relevante psychische Störung darstellt. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kommt einer Anpassungsstörung wohl Krankheitswert zu, es handelt sich jedoch um ein vorübergehendes und damit nicht invalidisierendes psychisches Leiden (Urteile des Bundesgerichts 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2 und 9C_65/2007 vom 30. November 2007 E. 2.3). Damit ist in psychiatrischer Hinsicht zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung und davor weder von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit noch von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen.

7. Nach dem Gesagten stellt sich die Frage, ab welchem Zeitpunkt von der eben beschriebenen vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit auszugehen ist. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung für die Zeit vom 1. Oktober 2012 bis 30. November 2013 eine ganze Rente und vom 1. Dezember 2013 bis 31. März 2014 eine Dreiviertelrente zugesprochen. Erst ab 1. April 2014 verneinte sie einen Rentenanspruch. Diese befristete Rentenzusprache ist unter den Parteien unbestritten geblieben.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich hierbei offensichtlich auf eine Einschätzung des RAD. Gemäss Protokolleintrag vom 17. März 2014 habe sich nach Rücksprache mit der RAD-Ärztin med. pract. N.____ folgender Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ergeben:

100 % vom 14. Oktober 2011 bis 31. August 2013,

50 % vom 1. September bis 31. Dezember 2013 (in einer Verweistätigkeit),

0 % ab dem 1. Januar 2014 bis auf weiteres (in einer Verweistätigkeit).

In ihrer Stellungnahme vom 28. August 2014 (IV-Nr. 84 S. 35 f.) führt med. pract. N.____ aus, beim stufenweisen Arbeitsunfähigkeitsverlauf sei dem Umstand Rechnung getragen worden, dass die Unverträglichkeitsabklärung erst im September 2013 gemacht worden und die Ernährungsberatung erst im November 2013 erfolgt sei. So werden die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 1. September 2013 sowie die 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis

zum 31. Dezember 2013 begründet. Nebst der Tatsache, dass nicht erklärt wird, weshalb die Arbeitsunfähigkeit ab September 2013 konkret auf 50 % beziffert wird, gründet diese Beurteilung einzig auf der Annahme, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden auf eine Unverträglichkeit zurückzuführen sind und nach erfolgten diätetischen Massnahmen keine Beschwerden mehr vorliegen sollten. Diese Einschätzung findet nach der Aktenlage und den erfolgten diesbezüglichen Abklärungen aber keine Stütze. Es kann daher nicht darauf abgestellt werden.

7.2 Die einzige sich in den Akten befindende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte durch die Hausärztin, Dr. med. M. ____, in ihrem Arztbericht vom 17. Februar 2014 (IV-Nr. 47 S. 1). Demgemäss war der Beschwerdeführer folgendermassen arbeitsunfähig:

- vom 17. November bis 15. August 2012 zu 100 %,
- vom 16. August bis 9. Oktober 2012 zu 30 %,
- vom 10. bis 28. Oktober 2012 zu 50 %,
- vom 29. Oktober bis 3. November 2012 zu 100 %,
- vom 4. November 2012 bis 24. Februar 2013 zu 50 %,
- ab dem 7. März 2013 bis aktuell zu 100 %.

Die festgelegten Arbeitsunfähigkeiten werden von der Hausärztin nicht begründet und sie lassen sich gestützt auf die Akten auch nicht nachvollziehen. Nachdem die Hausärztin ab dem 16. August 2012 eine 30%ige, im Oktober / November 2012 nur eine mehrtätige 100%ige und danach wiederum ein 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, scheint es überwiegend wahrscheinlich, dass die bis zum 15. August 2012 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit auf der Behandlung der Krebserkrankung gründete, die nachfolgenden Arbeitsunfähigkeiten hingegen auf dem persistierenden chronischen Durchfall. Dies korrespondiert mit dem Behandlungsverlauf: Am 28. Juni 2012 wurde eine Transversostoma-Rückverlagerung durchgeführt, die Entlassung aus dem Spital erfolgte am 3. Juli 2012 (IV-Nr. 15 S. 10 f.). Die nachfolgenden Behandlungen erfolgten dann wegen vom Beschwerdeführer beklagten, persistierenden Durchfall-Beschwerden. Für diese, bis heute nicht abschliessend geklärten Beschwerden liegt, wie oben erwogen, ein Zustand der Beweislosigkeit vor. Es ist damit ab dem 16. August 2012 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit mit einer Leistungseinschränkung um 20 % auszugehen.

E. 8

8.1 Die in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Invaliditätsbemessung ist unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden. So hat die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Valideneinkommens den vom Beschwerdeführer gemäss Arbeitgeberbericht vom 3. April 2012 (IV-Nr. 10) zuletzt erzielten Verdienst herangezogen, welcher CHF 73'666.00 betrug.

8.2 Nach Ablauf des Wartejahres im Oktober 2012 liegt eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit mit einer Leistungseinschränkung um 20 % vor. Da der Beschwerdeführer keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, rechtfertigt es sich, für die zahlenmässige Bestimmung des Invalideneinkommens einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen und die betriebsüblichen Wochenstunden aufzurechnen, wie die Beschwerdegegnerin dies getan hat. Wie diese in

ihrer Beschwerdeantwort vom 30. April 2015 (A.S. 48 f.) zu Recht angibt, wäre aufgrund der zum Verfügungszeitpunkt gegebenen Kenntnis derselben auf die LSE 2012 abzustellen gewesen und nicht auf die LSE 2010. Der Tabellenlohn beträgt damit CHF 5'210.00 (gemäss Tabelle 2012 TA1_tirage_skill_level / Total Niveau 1 Männer). Das Invalideneinkommen betrüge bei einem 100 %-Pensum damit CHF 62'520.00. Zuzüglich Aufrechnung der betriebsüblichen Wochenstunden (:40 x 41,7) wäre es bei CHF 65'177.00 zu veranschlagen. Unter Berücksichtigung der Leistungseinschränkung von 20 % resultiert ein Invalideneinkommen von CHF 52'142.00.

8.3 Die Beschwerdegegnerin hat dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung mit einem leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

10.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf die Einschätzung der RAD-Ärztin, med. pract. N. ___ vom 13. August 2014 (IV-Nr. 69), worin diese von einer inkonsequenten Diät oder auch einer nicht IV-relevanten psychischen Fixierung auf die Symptomatik ausgeht. Dies entgegen den ausdrücklichen Ausführungen der Ernährungsberaterin, wonach eine Ernährungsumstellung erfolgt sei. Darüber hinaus war im Zeitpunkt des Verfügungserlasses der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht hinreichend geklärt, weshalb sich weitere Abklärungen aufgedrängt haben. Aufgrund der ungenügenden Sachverhaltsabklärung der Beschwerdegegnerin werden ihr unabhängig vom Ausgang des Verfahrens die Kosten des Gerichtsgutachtens von total CHF 8■559.00 auferlegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.2 und 139 V 496 E. 4.4).

Demnach widerkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 15. Januar 2015 wird in dem Sinne aufgehoben, als dass ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine vom 1. Oktober 2012 bis 31. März 2014 befristete Rente verneint wird.

3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

4. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

5. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Kosten des Gerichtsgutachtens in der Höhe von CHF 8■559.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden

(Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Fischer

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene subsidiäre Verfassungsbeschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 nicht ein.

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