

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 16. Dezember 2015

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter Dr. med. S. Graf, H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiberin M. Epprecht
Verfahren Nr.	O3V 14 32
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A _____
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden, Neue Steig 15 / Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	IV-Rente

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers (sinngemäss):

Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm unter Berücksichtigung der von seinem früheren Rechtsvertreter vorgebrachten Argumente eine ganze IV-Rente zuzusprechen.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A.** Der am XX.XX.1958 geborene A___ meldete sich am 1. Oktober 2002 erstmals wegen eines im Dezember 2000 erlittenen Unfalls (Verletzung an der rechten Schulter) bei der IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden an und beanspruchte Leistungen. Die IV-Stelle verneinte mit je einer Verfügung vom 16. Juli 2003 einen Rentenanspruch (Invaliditätsgrad: 14%) und einen Anspruch auf berufliche Massnahmen. Diese Verfügungen sind in Rechtskraft erwachsen.
- B.** Die SUVA sprach A___ mit Verfügung vom 22. März 2004 wegen des Unfalls im Dezember 2000 eine Integritätsentschädigung von 5% zu. Im März 2007 sowie im Dezember 2009 erlitt A___ weitere Unfälle. Mit Verfügung vom 17. Mai 2011 sprach die SUVA A___ insgesamt eine Integritätsentschädigung von 15% zu. Die von A___ dagegen erhobene Einsprache hiess die SUVA im Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2011 teilweise gut und sprach ihm – nebst der Integrationsentschädigung von 15% – eine Invalidenrente von 17% zu. Die von A___ gegen den Einspracheentscheid erhobene Beschwerde hiess das Obergericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden mit Urteil vom 21. November 2012 teilweise gut und sprach A___ ab 1. Juli 2011 eine Invalidenrente von 18% zu. Dieser Entscheid ist in Rechtskraft erwachsen.
- C.** Am 8. April 2011 meldete sich A___ erneut wegen eines Unfalls (Rechts – Arm und Schulter) bei der IV-Stelle an. Gestützt auf die Ergebnisse der medizinischen Abklärungen – insbesondere das von der SWICA Gesundheitsorganisation eingeholte orthopädisch-psychiatrische Gutachten von Dr. med. B___, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. C___, Facharzt FMH Psychiatrie

und Psychotherapie – teilte die IV-Stelle A___ mit Vorbescheid vom 3. September 2012 mit, dass ab 1. Oktober 2011 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe. Ab 1. Juli 2012 bestehe dann aber aufgrund des ab Juli 2012 verbesserten Gesundheitszustands kein Rentenanspruch mehr (Invaliditätsgrad 5%). Mit Verfügung vom 18. Dezember 2012 sprach die IV-Stelle A___ vom 1. Oktober 2011 bis 30. Juni 2012 eine ganze Invalidenrente zu (Invaliditätsgrad 100%).

- D.** Nach weiteren medizinischen Abklärungen kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 18. September 2013 an, es bestehe auch ab 1. Juli 2012 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (Invaliditätsgrad 92%). Dagegen liess die INVOR Vorsorgeeinrichtung Industrie am 17. Oktober 2013 Einwand erheben. In der Folge wurden weitere Abklärungen getätigt, unter anderem wurde ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. med. D___, Facharzt FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und bei Dr. med. E___, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie eine ärztliche Stellungnahme und ein ergänzendes psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C___ eingeholt. Mit Vorbescheid vom 15. Juli 2014 teilte die IV-Stelle A___ mit, es bestehe kein Rentenanspruch. Dagegen liess A___ am 12. September 2014 Einwand erheben. Mit Verfügung vom 20. Oktober 2014 hielt die IV-Stelle an ihrem Entscheid fest und wies das Leistungsbegehren ab.
- E.** Gegen die Verfügung vom 20. Oktober 2014 erhob A___ am 22. November 2014 (Datum Postaufgabe) mit dem eingangs sinngemäss wiedergegebenen Antrag Beschwerde beim Obergericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden.
- F.** Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 24. Februar 2015 die Abweisung der Beschwerde.
- G.** A___ verzichtete stillschweigend auf eine Replik.

Erwägungen

- 1.** Gemäss Art. 57 ATSG¹ i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b JG² beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen.

¹ Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1)

² Justizgesetz vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31)

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind.³

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. 2.1

Gemäss Art. 87 Abs. 4 IVV⁴ wird im Fall, dass eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert wurde, eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind. Art. 87 Abs. 2 IVV bestimmt, dass in einem Gesuch um Revision glaubhaft zu machen ist, dass sich der Grad der Invalidität oder Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.⁵

Die Frage des Eintretens auf die Neuanmeldung ist dabei danach zu beurteilen, ob eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten, unangefochten gebliebenen Ablehnung des Leistungsgesuchs bis zum Erlass der strittigen Verfügung glaubhaft dargetan ist.⁶ Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Gelingt der versicherten Person die Glaubhaftmachung nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen. Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen.⁷

³ Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG, bGS 143.1)

⁴ Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201)

⁵ BGE 132 V 215 E.3.1.1 zu den in zeitlicher Hinsicht massgebenden Rechtssätzen

⁶ BGE 130 V 71 E. 3.2.3 und 3.2.4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_526/2010 vom 15. September 2010 E. 2 mit Hinweisen

⁷ Urteil des Bundesgerichts 9C_523/2014 vom 19. November 2014 E. 2 mit Hinweisen

2.2

Die IV-Stelle führte in der angefochtenen Verfügung aus, es handle sich um eine Neuprüfung eines Rentenanspruches nach rechtskräftiger Rentenablehnung. In der Folge nahm sie, obwohl sie eine im Wesentlichen unveränderte Situation feststellte, einen Einkommensvergleich vor.

Der IV-Stelle ist insofern beizupflichten, als es sich vorliegend um ein Neuanmeldungsverfahren nach rechtskräftiger Rentenablehnung handelt. Zu prüfen ist demnach zuerst, ob eine erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse in gesundheitlicher oder erwerblicher Hinsicht eingetreten ist. Massgebender Vergleichszeitraum bildet dabei der Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat mit jenem zur Zeit der streitigen neuen Verfügung.⁸ Erst dann, wenn eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen festgestellt worden ist, besteht Anlass zur Durchführung eines neuen Einkommensvergleichs.⁹

Somit ist vorliegend zu prüfen, ob seit der Verfügung vom 16. Juli 2003 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2014 eine für den Rentenanspruch wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist.

2.3

Die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 16. Juli 2003 ab.¹⁰ Im Wesentlichen stützte sie sich hierbei auf den Arztbericht von Dr. med. F___, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, Herisau, vom 18. November 2002, wonach der Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf als Monteur medizinisch theoretisch nur noch ca. 50% bis 70% arbeitsfähig sei. Die jetzige Tätigkeit könne er bewältigen, jedoch werde die Stelle Ende Jahr abgebaut. Leichtere Tätigkeiten könne er zu 100% ausführen.¹¹ Des Weiteren stützte sie sich auf von der SUVA beigezogene Akten. Diesen lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach der Subscapularissehnen-Refixation rechts am 4. Mai 2001 ab 20. August 2001 wieder zu 50% und ab 17. September 2001 wieder zu 100% arbeitsfähig gewesen war.¹² Im Februar 2003 wechselte der Beschwerdeführer den Arbeitgeber und war neu als Maschinenbediener bei der G___ AG tätig.¹³ Im Verlaufsbericht vom 4. Juli 2003 erklärte Dr. med. F___ den Verlauf als stationär. Schwere Arbeiten seien nicht möglich. Als Maschinenbediener sei die Arbeit knapp durchführbar. Es sei nicht ganz sicher, ob der Beschwerdeführer auf die Dauer die Arbeit

⁸ BGE 130 V 71 E. 3.1

⁹ Urteil des Bundesgerichts 9C_523/2014 vom 19. November 2014 E. 4

¹⁰ 8.2/IV-act. 20

¹¹ 8.2/IV-act. 8

¹² 8.2/IV-act. 11-40/49; 8.2/IV-act. 11-37/49 und 8.2/IV-act. 11-32-49; vgl. auch 8.2/IV-act. 11-26/49

¹³ 8.2/IV-act. 17-1ff/3

wirklich zu 100% ausführen könne.¹⁴ Gestützt auf diese Abklärungen führte die IV-Stelle in der Verfügung vom 16. Juli 2003 aus, der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Maschinenschlosser zu 100% arbeitsunfähig. Für leichte Tätigkeiten sei er voll arbeitsfähig. Gemäss Einkommensvergleich ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 14%, weshalb kein Rentenanspruch bestehe.¹⁵

Der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2014 lagen im Wesentlichen folgende medizinischen Berichte und Gutachten zugrunde:

Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 20. Oktober 2010 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 23. September bis 13. Oktober 2010 wurde – neben dem Unfall vom 12. Dezember 2000: Traumatischer Subskapularissehnenabriss mit Intervallläsion rechts, dem Unfall vom 21. März 2007: Sturz auf die linke Schulter sowie dem Unfall vom 14. Dezember 2009: Treppensturz beim Auffüllen des Kühlwassers in die Maschine – folgende (psychiatrische) Diagnose gestellt: Zwangsstörung, Zwangsgedanken und Handlungen gemischt (ICD-10 F42.2), Verdacht auf gewisse dissoziative Bewegungsstörung der rechten Schulter/Arm, leicht hinkendes Gangbild, belastende psychosoziale Situation (Krebserkrankung der Ehefrau). Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive wurde festgehalten, dass eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden sei, welche teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nicht erklären. Die festgestellte psychische Störung begründe eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung, zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen. Die berufliche Tätigkeit als Maschinenführer sei aufgrund der zu hohen Anforderungen – schulterbelastende Tätigkeit – aktuell nicht zumutbar. Aktuell sei eine leichte bis mittelschwere Arbeit zumutbar. Dabei seien folgende spezielle Einschränkungen aufgrund der rechten Schulter zu berücksichtigen: ohne repetitiven Einsatz des rechten Armes, ohne Tätigkeiten rechts über Brusthöhe, ohne Arbeit an sturzexponierten Stellen wie auf hohen Leitern oder ungesichertem Baugerüst oder einem Dach. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit.¹⁶

Dr. med. M____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik Teufen, diagnostizierte im zuhanden der SWICA erstellten psychiatrischen Gutachten vom 14. Oktober 2011 eine mittelgradige depressive Episode, ein Mischbild der depressiven

¹⁴ 8.2/IV-act. 19

¹⁵ 8.2/IV-act. 20

¹⁶ 8.2/IV-act. 26-1f/15

Symptome von somatischer Art, anhaltenden Schmerzen, Spannungen, Sorgen und Verzweiflung (ICD-10 F32.8); eine ausgeprägte Akzentuierung der zwanghaften und zum Teil querulatorischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) sowie eine Zwangsstörung (ICD-10 F42.2). Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei bei deutlich eingeschränkten psychokognitiven Funktionen auf dem freien Wirtschaftsmarkt zu 100% eingeschränkt. Die attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit sei ausschliesslich auf psychisches bzw. psychosomatisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen.¹⁷

Im interdisziplinären Gutachten von Dr. med. B___ und Dr. med. C___ zuhanden der SWICA Gesundheitsorganisation vom 13. Juli 2012 führte Dr. med. B___ im orthopädischen Teilgutachten aus, der Beschwerdeführer sei aus somatischer Sicht ab sofort für körperlich leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten, die bevorzugt aus wechselnder Ausgangslage ohne Kraftbeanspruchung des rechten Armes getätigt werden können, vollschichtig einsetzbar.¹⁸ Im psychiatrischen Teilgutachten stellte Dr. med. C___ folgende Diagnosen: 1. Vd. a. anhaltende somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.4); 2. Aktuell kein AP für Depressionen (unter regelmässiger psychiatrischer Behandlung), in der HAM-D 21 maximal 12 Punkte, bei einem Cut-off von 14 Punkten für eine leichte Depression, bei Status nach anamnestisch mittelschwerer Depression ohne somatischem Syndrom (ICD-10 F32.10, DD: F32.8), DD: St. n. depressiver Anpassungsstörung bei chronischen Schmerzen (St. n. ICD-10 F43.21), DD: Anpassungsstörung mit vorwiegend Beeinträchtigung anderer Gefühle (Ärger, Wut, Anspannung, finanziell-existenzielle Sorgen) (ICD-10 F43.23), DD: Depressive Verstimmungen im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); 3. Akzentuierte anankastische Persönlichkeitszüge; verstärkt seit Unfall und Arbeitsunfähigkeit 2010 (ICD-10 Z73.1), DD: Merkmale von anankastischer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5), DD: Leichte Ausprägung einer Zwangsstörung mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt (ICD-10 F44.4); 4. Kein AP für dissoziative Bewegungsstörung der rechten Schulter (wahrscheinlich rein somatisch bedingte Schonhaltung). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. C___ aus, diese sei auf dem freien Arbeitsmarkt aus rein psychiatrischer Sicht aktuell nur gering reduziert. Aufgrund der aktuellen psychiatrischen Befunde und Diagnosen könne dem Beschwerdeführer die Teilnahme an einem funktionellen Arbeits-Assessments und anschliessendem Arbeitstraining zugemutet werden. Einschränkungen seien aus somatischer Sicht zu beurteilen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer jegliche angepasste Teilzeittätigkeit zumutbar.¹⁹ In der Konsensbildung vom 13. Juli 2012 kamen die beiden Gutachter zum Schluss, dass von psychiatri-

¹⁷ 8.2/IV-act. 171.2-273/464

¹⁸ 8.2/IV-act. 91-11/33

¹⁹ 8.2/IV-act. 91-27ff/33

scher Seite keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen sei, vielmehr stehe der Behandlungsbedarf im Vordergrund. Von orthopädischer Seite ergäben sich qualitative, aber keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Daher sei ab sofort ein vollschichtiges Arbeitsvermögen unter den genannten Kriterien gegeben.²⁰

Dr. med. K____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, RAD Ostschweiz, erachtete das bidisziplinäre orthopädisch-psychiatrische Gutachten von Dr. med. B____ und Dr. med. C____ in ihrer Beurteilung vom 26. Juli 2012 als plausibel. Mit Ergänzungen aus dem Dossier könne auf dieses Gutachten abgestellt werden. Im psychiatrischen Bereich sei eine Besserung der Depression eingetreten. Nunmehr stehe eine Anpassungsstörung mit anderen Gefühlen bzw. der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund. Seit Juli 2012 bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit.²¹

Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. H____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, Wil, stellte im Arztbericht vom 1. Juli 2013 als Diagnosen unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0); Zwangsstörung, Zwangsgedanken und Handlungen gemischt (ICD-10 F42.2); Merkmale einer anankastischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5) sowie V.a. dissoziative Bewegungsstörungen der rechten Schulter/des rechten Armes, leicht hinkendes Gangbild (ICD-10 F44.4). Sie habe den Beschwerdeführer vom 23. November 2010 bis 16. September 2013 ambulant behandelt. Die Prognose sei schlecht. Es handle sich um eine schwere, seit Jahren bestehende Schmerzproblematik mit rezidivierenden depressiven Episoden auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit. Aufgrund der rein psychiatrischen Problematik sei der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit 100% arbeitsunfähig.²²

Dr. med. I____, Facharzt Neurochirurgie, Spital Herisau, stellte im Bericht über die Sprechstunde vom 3. Dezember 2012 die Diagnose eines somatoformen Schmerzsyndroms.²³

Im Arztbericht von Dr. med. J____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, Herisau, vom 11. Juli 2013 gab er als Befund ein somatoformes Schmerzsyndrom mit massiv eingeschränkter

²⁰ 8.2/IV-act. 91-4/33

²¹ 8.2/IV-act. 92-2f/4

²² 8.2/IV-act. 143-2f/10

²³ 8.2/IV-act. 149-4/6

Beweglichkeit und massiven Verkrankungen an. Ausserdem bestehe ein depressives Zustandsbild.²⁴

In der Beurteilung vom 14. August 2013 stellte Dr. med. K___ fest, es gebe in Bezug auf die Diagnose und den chronifizierenden Krankheitsverlauf neue Erkenntnisse. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit Hilfe von beruflichen Massnahmen scheine überwiegend unwahrscheinlich. Da sich die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Eintreffen der neuen medizinischen Erkenntnisse verändert habe, empfehle sie eine nochmalige Rentenprüfung.²⁵

Dr. med. K___ erklärte am 4. September 2013, die psychiatrische Beurteilung im bi-disziplinären Gutachten von Dr. med. B___ und Dr. med. C___ sei nicht mehr aufrecht zu erhalten. Der seitherige weitere belastende Verlauf, nachvollziehbar beschrieben von Dr. med. H___ und auf dem Hintergrund der von Dr. med. C___ beschriebenen Persönlichkeit plausibel, habe zu einem als krankheitswertig einzuordnenden Verhalten des Beschwerdeführers geführt. Relevanter Gesundheitsschaden/Diagnosen seien: auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), wiederkehrende depressive Episoden (ICD-10 F33), Zwangsstörung (ICD-10 F42) sowie Belastungsinsuffizienz des dominanten rechten Armes nach Schulterverletzung und mehreren OP's. Wesentliche Funktionseinschränkungen seien die psychische Minderbelastbarkeit, besonders mit deutlich verminderter Anpassungsfähigkeit, Um- und Einstellfähigkeit sowie die Minderbelastbarkeit des rechten Armes. Auf dem ersten Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführer vollumfänglich arbeitsunfähig. Im geschützten Rahmen, d.h. in einer körperlich leichten Tätigkeit unter Schulterniveau mit dem rechten Arm, in einem kleinen Team, ohne besonderen Zeit- und Leistungsdruck mit klar strukturierten Aufgabenstellungen sei der Beschwerdeführer seit Oktober 2010 zu 50% arbeitsfähig.²⁶

Im rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D___ und Dr. med. E___ vom 20. Dezember 2013 diagnostizierte Dr. med. D___ im rheumatologischen Teilgutachten im Wesentlichen den Verdacht auf dissoziative Bewegungsstörung der rechten Schulter/des rechten Arms sowie ein leicht hinkendes Gangbild.²⁷ Weiter führte er aus, angestammt und im freien Arbeitsmarkt nicht vermittelbar, sei – wenn dem Beschwerdeführer nicht ein vorgetäushtes Verhalten nachzuweisen sei – behinderungsbedingt aus rheumatologischer Sicht wohl nur eine minimale Restarbeitsfähigkeit einarmig links bei verkürzter Arbeitszeit

²⁴ 8.2/IV-act. 149-1/6

²⁵ 8.2/IV-act. 150-3/3

²⁶ 8.2/IV-act. 152-3f/4

²⁷ 8.2/IV-act. 167-16/50

zumutbar.²⁸ In der angestammten Tätigkeit bestehe bleibend keine Arbeitsfähigkeit mehr. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht könne bestenfalls mit einem 50%-Pensum bei 60% Arbeitspräsenz gerechnet werden in adaptierter leichtester Tätigkeit vorwiegend bis ausschliesslich mit linkem Arm auf Tischhöhe ausgeführt mit nur leichter Haltefunktion des rechten Armes.²⁹ Dr. med. E___ diagnostizierte im psychiatrischen Teilgutachten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ICD-10 F33.2 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome; ICD-10 F60.30 und 60.5 emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ, anankastische Persönlichkeitsstörung sowie DD: ICD-10 F45.4 anhaltend somatoforme Schmerzstörung. Der Beschwerdeführer leide seit dem ersten Unfall im Jahr 2000 und dessen Folgen an aktenkundig beschriebenen und selbst berichteten depressiven Episoden mit stark gedrückter Stimmung, Anhedonie, ausgeprägter Müdigkeit und Schlafstörung, Störung der Konzentration und Aufmerksamkeit, Appetitlosigkeit mit Gewichtsverlust, starker Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens und an somatischen Symptomen wie Agitiertheit und die Unfähigkeit, sich zu freuen. Diese Symptomatik wechsele von leicht bis schwer, habe aber im Lauf der Jahre zugenommen. Dazu kämen wiederkehrende Gedanken an Tod und Suizid. An zwanghaften Anteilen seien übermässige Ordnungsneigung, Gewissenhaftigkeit, Leistungsbezogenheit, Pedanterie, Rigidität und Eigensinn festzustellen. An impulsiven Anteilen finde sich die zunehmende Tendenz unerwartet zu handeln, Streitlust und Konfliktsuche, Neigung zu Wutausbrüchen und unbeständige und launische Stimmung. Differentialdiagnostisch müsse auch die Entwicklung einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung diskutiert werden, da die Schmerzen und die Behinderung durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht völlig erklärt werden könne.³⁰ Aufgrund der Untersuchungsbefunde sei aus psychiatrischer Sicht festzuhalten, dass derzeit hochgradige, krankheitswertige Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgewiesen seien. In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer 100% arbeitsunfähig. Auch in anderen leidensadaptierten Tätigkeiten in einem geschützten Rahmen müsse von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Die zum Scheitern des Arbeitsversuchs im April 2012 führenden gesundheitlichen Einschränkungen haben sich noch wesentlich verstärkt.³¹ Im polydisziplinären Konsens stellten die beiden Gutachter im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ICD-10 F33.2 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome; ICD-10 F60.30 und F60.5 emotionale instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ, anankastische Persönlichkeitsstörung; ICD-10 F45.4 anhaltend somatoforme Schmerzstörung sowie Verdacht auf

²⁸ 8.2/IV-act. 167-22/50

²⁹ 8.2/IV-act. 167-23ff/50

³⁰ 8.2/IV-act. 168-14/21

³¹ 8.2/IV-act. 168- 17f/21

dissoziative Bewegungsstörung der rechten Schulter/des rechten Armes und leicht hinkendes Gangbild. Weiter kamen sie zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischen wie auch rheumatologischen Gründen in der bisherigen Tätigkeit bleibend arbeitsunfähig sei. Aus psychiatrischer Sicht sei er zudem für jede leidensangepasste Tätigkeit auch in geschütztem Rahmen nicht mehr arbeitsfähig, zumindest bis durch eine weitergeführte psychiatrische Behandlung allenfalls Schmerzbehandlung an einer Schmerzklinik nicht eine psychische Stabilisierung und Bereitschaft für einen Wiedereingliederungsversuch erreicht werden könne.³²

Dr. med. K___ hielt in ihrer Beurteilung vom 23. Januar 2014 fest, dass auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. D___ und Dr. med. E___ vollumfänglich abgestellt werden könne. Die psychiatrische Störung stehe im Vordergrund und bestimme die Arbeitsfähigkeit. Die vom somatischen Gutachter beobachteten Widersprüchlich- und Unerklärlichkeiten seien im Rahmen der psychiatrischen Störungen zu interpretieren. Eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit sei nachvollziehbar. Aus ärztlicher Sicht könne am Entscheid des Wiederauflebens der ganzen Rente per 1. Juli 2012 festgehalten werden.³³

Aufgrund der unterschiedlichen medizinischen Beurteilung des Beschwerdeführers in den Gutachten von Dr. med. B___/Dr. med. C___ und Dr. med. D___/Dr. med. E___ holte die IV-Stelle bei Dr. med. C___ eine Stellungnahme ein. In seiner ärztlichen Stellungnahme vom 11. April 2014 hielt Dr. med. C___ an seinen damaligen Ausführungen im Gutachten vom 10. Juli 2012 fest. Die unterschiedliche Beurteilung durch Dr. med. E___ vermöge an seiner damaligen Beurteilung nichts zu ändern. Aufgrund der zu weit auseinanderliegenden Untersuchungszeitpunkte könne aber ein wirklicher Vergleich nur anhand einer erneuten klinischen Untersuchung stattfinden.³⁴ In der Folge entzog sich der Beschwerdeführer einer erneuten psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med. C___. Aufgrund der ca. 20 – 30 minütigen Begegnung kam Dr. med. C___ jedoch zum Schluss, dass er wohl zu einer ähnlichen oder gleichen Beurteilung des Falles wie vor zwei Jahren käme. Die von Dr. med. E___ gestellte Diagnose einer schweren Depression sei nicht nachvollziehbar.³⁵

2.4

Der Vergleich des Sachverhaltes bzw. der der Verfügung vom 16. Juli 2003 und der der Verfügung vom 20. Oktober 2014 zugrundeliegenden medizinischen Berichte ergibt, dass in psychischer Hinsicht eine massgebliche Veränderung der Verhältnisse glaubhaft darge-

³² 8.2/IV-act. 167-28f/50

³³ 8.2/IV-act. 169-3f/4

³⁴ 8.2/IV-act. 173-5/9 und 8.2/IV-act. 173-8/9

³⁵ 8.2/IV-act. 177-1ff/10

tan worden ist. Die IV-Stelle trat denn auch ohne weiteres auf das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ein und prüfte es umfassend. Sie ging in der Verfügung vom 20. Oktober 2014 davon aus, dass – im Gegensatz zur Verfügung vom 16. Juli 2003 – beim Beschwerdeführer nun auch eine somatoforme Schmerzstörung vorliege.

Ob auch in somatischer Hinsicht eine erhebliche Änderung eingetreten ist, kann unter diesen Umständen offen bleiben. Die IV-Stelle verneinte dies. Sie ging aufgrund der ärztlichen Berichte sowohl in der Verfügung vom 16. Juli 2003 als auch in der Verfügung vom 20. Oktober 2014 von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus. Sie stellte sich auf den Standpunkt, es liege bei der Beurteilung von Dr. med. D____, welcher für den Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50% als zumutbar erachtete, eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes vor.³⁶

3. 3.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht die Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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 die andere medizinische These abstellt.³⁷ Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind.³⁸

3.2

Wie bereits erwähnt, ging die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2014 von der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung aus. Die von Dr. med. E_____

³⁶ Act. 2.1

³⁷ BGE 125 V 351 E. 3a

³⁸ BGE 134 V 231 E. 5.1

diagnostizierte schwere Depression erachtete sie hingegen gestützt auf die Ausführungen von Dr. med. C___ vom 11. April 2014 und 26. Mai 2014 als nicht zutreffend. Weiter kam sie in der angefochtenen Verfügung zum Schluss, dass die von Dr. med. E___ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung keinen massgeblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, zumal eine Persönlichkeitsstörung nicht per se invalidisierend sei.³⁹

Entgegen der Ansicht der IV-Stelle führte Dr. med. E___ die somatoforme Schmerzstörung im psychiatrischen Teilgutachten lediglich als dritte Diagnose und insbesondere als Verdachtsdiagnose auf. Dies im Gegensatz zu den beiden ersten Punkten seiner Diagnose, der Depression und der Persönlichkeitsstörung.⁴⁰ Die somatoforme Schmerzstörung als andere denkbare Diagnose wurde von Dr. med. E___ in der Gesamtbeurteilung und Prognose zwar diskutiert, gleichzeitig aber deutlich in Frage gestellt.⁴¹ Den Akten lässt sich entnehmen, dass erstmals im Bericht von Dr. med. L___, Fachärztin FMH für Neurologie, Spital Herisau, vom 20. Juli 2005 auf eine somatoforme Störung hingewiesen wurde. Gemäss ihrem Schreiben weise die Ausdehnung der angegebenen Sensibilitätsstörung, die weit über das Versorgungsgebiet des Plexus brachialis rechts hinausgehe, ebenfalls darauf hin, dass wahrscheinlich eine somatoforme Störung vorliege.⁴² Dr. med. C___ stellte im psychiatrischen Teilgutachten zuhanden der SWICA Gesundheitsorganisation vom 13. Juli 2012 unter anderem die Verdachtsdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.4). In der Beurteilung führte er hierzu aus, dass unter dieser Diagnose wiederum auch die anamnestisch beobachteten rezidivierenden depressiven Verstimmungen/Symptome subsumiert werden könnten.⁴³ Dr. med. K___ stellte auf dieses Gutachten ab und wies in ihrer Beurteilung vom 26. Juli 2012 darauf hin, dass nunmehr eine Anpassungsstörung mit anderen Gefühlen bzw. der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund stehe.⁴⁴ Die Diagnose eines somatoformen Schmerzsyndroms wurde sodann auch von Dr. med. I___ sowie von Dr. med. J___ gestellt.⁴⁵ Wie erwähnt stellte auch Dr. med. E___ im psychiatrischen Teilgutachten vom 20. Dezember 2013 als Differentialdiagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung.⁴⁶ Eine eingehende Begründung der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfolgte von keinem der Ärzte. Lediglich Dr. med. E___ setzte sich vertieft damit auseinander, formulierte diese Diagnose aber klar als Verdachtsdiagnose. Somit wurde die Diagnose einer anhaltenden somatoformen

³⁹ Act. 2.1

⁴⁰ 8.2/IV-act. 168-14/21

⁴¹ 8.2/IV-act. 168-14/21 und 8.2/IV-act. 168-16/21

⁴² 8.2/IV-act. 171.2-418/464

⁴³ 8.2/IV-act. 91-27/33 und 8.2/IV-act. 91-30/33

⁴⁴ 8.2/IV-act. 92-3/4

⁴⁵ 8.2/IV-act. 149-4/6 und 8.2/IV-act. 149-1/6

⁴⁶ 8.2/IV-act. 168-14/21

Schmerzstörung im vorliegenden Fall nie fachärztlich einwandfrei diagnostiziert.⁴⁷ Insofern handelt es sich vorliegend eben nicht bzw. nur am Rande um den Fall einer möglichen somatoformen Schmerzstörung und die diesbezüglichen Ausführungen der IV-Stelle, insbesondere zur Überwindbarkeitsvermutung und zur depressiven Erkrankung als Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung, stossen damit ins Leere.

3.3

Zu prüfen sind demnach noch die von der IV-Stelle und Dr. med. C___ erhobenen Einwände gegen das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. D___ und Dr. med. E___.

Die von der IV-Stelle geltend gemachten Inkonsistenzen in den medizinischen Akten beziehen sich im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. D___.⁴⁸ Er verfasste das rheumatologische Teilgutachten und gab seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unter dem Vorbehalt ab, dass diesem nicht ein vorgetäushtes Verhalten nachzuweisen sei.⁴⁹ Dr. med. D___ beurteilte den Beschwerdeführer lediglich aus somatischer Sicht. Diese Beurteilung wurde vom Beschwerdeführer grundsätzlich nicht in Frage gestellt und ist im vorliegenden Fall im Ergebnis auch nicht massgebend, weshalb allfällige Inkonsistenzen im somatischen Bereich hier unbeachtlich bleiben können. Soweit die IV-Stelle geltend macht, der Beschwerdeführer habe beim psychiatrischen Gutachter Drohungen ausgestossen, wird dies durch Dr. med. E___ nicht bestätigt.⁵⁰ Der psychiatrische Gutachter schildert im objektiven Befund lediglich die Umstände, unter denen seine Untersuchung stattfand und die Schwierigkeiten des Beschwerdeführers, Vertrauen zu ihm zu fassen.⁵¹ Da es gerade zur Aufgabe des Gutachters gehört, beobachtetes Verhalten zu beschreiben und einer Erklärung zuzuführen, kann aus diesen Umständen keine negative Beeinflussung des psychiatrischen Teilgutachtens abgeleitet werden.

Auch der Vorwurf der IV-Stelle an den psychiatrischen Gutachter, er stelle unkritisch auf die Angaben der behandelnden Psychiaterin Dr. med. H___ ab, kann nicht gehört werden.⁵² Dass Dr. med. E___ im Zusammenhang mit dem zu erstellenden Gutachten zusätzlich telefonisch Rücksprache mit Dr. med. H___ hielt, ist angesichts dessen, dass sie den Beschwerdeführer seit 23. November 2010 – wenn auch in grösseren Zeitabständen – behandelt, nicht zu beanstanden.⁵³ Zudem setzte sich Dr. med. E___ nicht nur mit ihrer

⁴⁷ BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hinweis

⁴⁸ Act. 2.1 und act. 7 Ziff. 3

⁴⁹ 8.2/IV-act. 167-22/50 und 8.2/IV-act. 166

⁵⁰ Act. 7 Ziff. 3

⁵¹ 8.2/IV-act. 168-12/21

⁵² Act. 2.1

⁵³ 8.2./IV-act. 168-2/21 und 8.2/IV-act. 143-3/10

ärztlichen Einschätzung auseinander, sondern nimmt auch Stellung zu den (Teil-) Gutachten von Dr. med. M___ und Dr. med. C___.⁵⁴

Dr. med. C___ relativierte seine Kritik am bidisziplinären Gutachten von Dr. med. D___ und Dr. med. E___ in der ärztlichen Stellungnahme vom 11. April 2014 gleich selber, indem er einen wirklichen Vergleich in der Beurteilung des Beschwerdeführers nur anhand einer erneuten klinischen Untersuchung als aussagekräftig erachtete.⁵⁵ Die psychiatrische Exploration des Beschwerdeführers vom 26. Mai 2014 mit dem Ziel, dessen aktuellen psychischen Gesundheitszustand zu überprüfen, scheiterte, da der Beschwerdeführer seine Mitwirkung verweigerte. Daher ist insbesondere unter Berücksichtigung der von Dr. med. C___ in der Stellungnahme vom 11. April 2014 erklärten Voraussetzungen für einen aussagekräftigen Vergleich die von Dr. med. C___ nach der offenbar emotionsgeladenen 20 – 30minütigen Begegnung vorgenommene Beurteilung, in welcher er die von Dr. med. E___ gestellte Diagnose einer schweren Depression als nicht nachvollziehbar erklärte, kritisch zu würdigen.⁵⁶ Insbesondere, da nicht nur Dr. med. E___, sondern auch der frühere Gutachter Dr. med. M___ und die behandelnde Psychiaterin Dr. med. H___ beim Beschwerdeführer eine depressive Erkrankung diagnostizierten. Seinem Leiden massen sie eine eigenständige Bedeutung zu und schätzten ihn aus psychischer Sicht zu 100% als arbeitsunfähig ein. Dabei erkannten und berücksichtigten sie auch die den Beschwerdeführer belastende psychosoziale Situation, erachteten diese aber nicht als derart ausgeprägt, dass dadurch der festgestellte Gesundheitsschaden invalidenversicherungsrechtlich irrelevant würde.⁵⁷

Anzumerken bleibt, dass das Vorgehen der IV-Stelle, sich über eine Beurteilung des RAD hinwegzusetzen und nochmals eine zusätzliche ärztliche Stellungnahme einzuholen, eher ungewöhnlich erscheint. Zumal der RAD in der Folge nicht einmal Gelegenheit erhielt, sich zu den Ausführungen von Dr. med. C___ zu äussern.

Dr. med. E___ hat sich in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 20. Dezember 2013 mit den Berichten von Dr. med. M___, Dr. med. C___ sowie Dr. med. H___ auseinandergesetzt und einleuchtend begründet, weshalb er deren Einschätzung folgen bzw. in welchen Punkten er ihnen nicht folgen kann. Das Teilgutachten ist plausibel und nachvollziehbar begründet, beruht auf den im Rahmen der Untersuchung vom 3. Dezember 2013 gewonnenen Erkenntnissen, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und

⁵⁴ 8.2/IV-act. 168-19f/21

⁵⁵ 8.2/IV-act. 173-5/9

⁵⁶ 8.2/IV-act. 177-8/10

⁵⁷ 8.2/IV-act. 171.2-273/464, act. 82/IV-act. 143-4/10 und 8.2/IV-act. 168-15/21; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2

berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden. In der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge leuchtet es ein und erklärt mit Blick auf die subjektiven Angaben und die objektiven Befunde, weshalb aus psychiatrischer Sicht in jeglicher Tätigkeit von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Dem Gutachten kommt daher voller Beweiswert zu, zumal die IV-Stelle, wie bereits ausgeführt, nichts vorzubringen vermochte, was die Einschätzung des psychiatrischen Teilgutachters in Frage zu stellen vermöchte. Es liegen auch keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit des Teilgutachtens sprächen. Auch die Fachärztin des RAD, Dr. med. K____, kam zum Schluss, es könne vollumfänglich auf das Gutachten abgestellt werden.

3.4

Zusammenfassend ist festzustellen, dass vorliegend kein Fall einer somatoformen Schmerzstörung vorliegt. Auf das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. D____ und Dr. med. E____, wonach aus psychiatrischer Begutachtungssicht der Beschwerdeführer für jede – auch leidensangepasste – Tätigkeit seit April 2012 nicht mehr arbeitsfähig ist, kann abgestellt werden.

Die Beschwerde erweist sich somit als begründet; sie ist demnach gutzuheissen. Dem Beschwerdeführer ist daher unter Berücksichtigung der ihm mit Verfügung vom 18. Dezember 2012 zugesprochenen ganzen Rente vom 1. Oktober 2011 bis 30. Juni 2012 mit Wirkung ab 1. Juli 2012 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

4. 4.1

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die IV-Stelle unterliegt im vorliegenden Verfahren. Da ihr gemäss Art. 22 Abs. 1 VRPG keine Verfahrenskosten auferlegt werden können, werden keine Kosten erhoben. Die Gerichtskasse wird somit angewiesen, den vom Beschwerdeführer geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.

4.2

Der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer stellte kein Entschädigungsbegehren. Somit ist ihm kein Auslagenersatz zuzusprechen. Der IV-Stelle steht unabhängig vom Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zu.⁵⁸

⁵⁸ UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3.Aufl. 2015, N. 199 zu Art. 61 ATSG mit Hinweisen

Demnach erkennt das Obergericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde von A___ wird die angefochtene Verfügung vom 20. Oktober 2014 aufgehoben.
2. Dem Beschwerdeführer wird mit Wirkung ab 1. Juli 2012 eine ganze Invalidenrente zugesprochen.
3. Es werden keine Kosten erhoben. Die Gerichtskasse wird angewiesen, den vom Beschwerdeführer geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.
4. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
5. **Rechtsmittel:** Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit dessen Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) geführt werden. Die Beschwerdeschrift ist zu unterzeichnen und dreifach einzureichen. Der angefochtene Entscheid mitsamt Zustellcouvert ist beizulegen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren und deren Begründung zu enthalten. Die Beweismittel sind zu bezeichnen und, soweit der Beschwerdeführer diese in Händen hat, beizulegen.
6. Zustellung an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz, die Invor Vorsorgeeinrichtung Industrie sowie das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Monika Epprecht

versandt am: 30.03.16