

## **SO\_GERICHTE VSBES.2014.220 vom 28. Juli 2014**

SO Obergericht, 2014-07-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2014.220](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.220)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2014.220 du 28 juillet 2014

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2014.220 del 28 luglio 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Juli 2014 sei aufzuheben.

#### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente zu entrichten.

#### **E. 3**

Nach den Ausführungen des Beschwerdeführers verbiete es sich der Beschwerdegegnerin, das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, vom 30. September 2013 zu Handen der Taggeldversicherung SWICA zur Grundlage des eigenen Leistungsanspruchs zu machen. Mit Urteil BGE 137 V 210 bzw. dem unlängst ergangenen Urteil 9C\_207/2012 vom 3. Juli 2013 habe das Bundesgericht statuiert, dass die IV verpflichtet sei, bei interdisziplinären MEDAS-Gutachten eine Gutachterstelle auszulosen bzw. bei bidisziplinären Gutachten ein Einigungsverfahren durchzuführen und, soweit keine Einigung erzielt werden könne, eine anfechtbare Verfügung zu erlassen. Zudem verbiete sich im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren das Fischen nach einer Zweitmeinung, einer second opinion, im Falle, dass ein Gutachten der Administration missliebig erscheine. Vorliegend habe bereits Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, den Versicherten im Auftrag der SWICA begutachtet. Das Ergebnis sei der SWICA missliebig gewesen, so dass sie noch eine Begutachtung bei Dr. med. C.\_\_\_\_ in Auftrag gegeben habe. Zu Dr. med. C.\_\_\_\_ sei überdies festzuhalten, dass dieser als Gutachter als befangen zu betrachten sei. Dies, weil er für die SWICA auf vertrauensärztlicher Grundlage tätig sei. Anbei werde ein anonymisiertes Schreiben der SWICA an Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2013 zu den Akten gegeben, wo Dr. med. C.\_\_\_\_ als «beratender Expertenarzt» bezeichnet werde und wo man ihm in Aussicht stelle, dass er seine Aufwendungen zum «vereinbarten Ansatz verrechnen» könne. Vorliegend werde beantragt, dass die SWICA zu verpflichten sei, ihre Geschäftsbeziehung zu Dr. med. C.\_\_\_\_ offenzulegen. Es werde auf die untenstehenden Beweisanträge verwiesen. Es sei davon auszugehen, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ einen Grossteil seines Einkommens aus Aufträgen der SWICA generiere. Dieser könne nicht ernsthaft als objektiv und unvoreingenommen bezeichnet werden. Wenn überhaupt wäre dem Gutachten allerhöchstens jene eingeschränkte Beweiskraft zuzusprechen, wie sie ein versicherungsinterner Bericht genieesse und bei schon nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit der ärztlichen Feststellung wäre die Beweiskraft abzusprechen. Dass die Untersuchung nicht lege artis durchgeführt worden sei, sei auch von Dr. med. C.\_\_\_\_ zugestanden worden. Die Tonalität, in welcher das Gutachten abgefasst sei, lasse im Übrigen keinen Zweifel zu an der Vorurteilsbehaftetheit des Gutachters und seiner fehlenden Distanz zur Auftraggeberin Swica. Dr. med. C.\_\_\_\_ sei sodann als Rheumatologe

fachlich nicht qualifiziert, sich zu den zur Diskussion stehenden gesundheitlichen Problemen zu äussern. Beim Beschwerdeführer seien im Vorfeld zur Begutachtung chronifizierte lumbosakrale Schmerzen mit pseudoradikulärer Komponente rechtsbetont diagnostiziert worden. Ins Fachgebiet des Rheumatologen falle indes die Beurteilung entzündlicher und muskulärer Problematiken. Vorliegend wäre bei Beschwerden am Bewegungsapparat an sich mit Beurteilung von Diskushernien etc. die Orthopädie die richtige Fachrichtung gewesen. Es wäre zumindest ein interdisziplinäres Gutachten - orthopädisch, neurologisch sowie psychiatrisch - zu initiieren gewesen. Fest stehe, dass im Gegensatz zu Dr. med. C.\_\_\_\_ die vorab mit der Behandlung oder Beurteilung des Beschwerdeführers beauftragten Ärzte durchwegs von einer wesentlichen und auch objektivierbaren Symptomatik ausgegangen seien. Die SWICA habe, bevor sie den Beschwerdeführer zu Dr. med. C.\_\_\_\_ geschickt habe, ebenfalls Dr. med. I.\_\_\_\_, Vertrauensarzt der SWICA und SIM-Gutachter, mit der Beurteilung des Beschwerdeführers beauftragt. Dieser habe mit Bericht vom 16. April 2013 festgehalten, dass weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit resultiere. Er habe die aktuell sich präsentierende Situation als Notfallsituation bezeichnet und unter anderem empfohlen, auch eine operative Intervention zu prüfen. Indem Dr. med. C.\_\_\_\_ die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit per Mai 2013 festlege, ver falle er überdies in reine Willkür. Eine rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im September per Mai sei schlicht unseriös. Anhand der gesamten Berichte sowie der Zeugnisse von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, und auch anhand seiner Ausführungen, dass der Beschwerdeführer zurzeit in keiner Tätigkeit als arbeitsfähig anzusehen sei, sei nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Neben der Beurteilung der medizinischen Situation sei die angefochtene Verfügung auch hinsichtlich des Einkommensvergleichs als fehlerhaft zu qualifizieren. Beim Valideneinkommen sei zu beachten, dass dieses vorliegend mindestens 0.4 % mehr betrage, da der LMV im Bauhauptgewerbe generell per 2014 dahingehend angepasst worden sei, als sämtliche Löhne um mindestens 0.4 % angehoben worden seien. Diese Änderung sei sogar allgemeinverbindlich erklärt worden. Somit sei es nicht von Belang, wenn die vormalige Arbeitgeberin festgehalten habe, dass der Lohn gleichgeblieben wäre. Entsprechend sei von einem Jahreslohn von CHF 76'484.70 auszugehen. Der zugestandene leidensbedingte Abzug von 10 % entspreche sodann lediglich dem zuzusprechenden Minimalabzug (vgl. Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2 A 2010, 5 314 zu Art 28a). Der Versicherte kenne nur die schwere Tätigkeit vom Bau und habe seit Jahrzehnten als Baggerführer gearbeitet. Beim Wechsel in eine leichte, leidensadaptierte Tätigkeit innerhalb einer anderen Sparte, müsste er aus diesem Grund erhebliche Lohneinschränkungen in Kauf nehmen. Sodann habe er Ausländerstatus, spreche mässig deutsch und befinde sich in fortgeschrittenem Alter. Auch aus diesen Gründen wäre ein Abzug vorzunehmen. Insgesamt sei aufgrund dessen der höchstmögliche leidensbedingte Abzug von 25 % angezeigt. Schliesslich sei anhand des D.\_\_\_\_ -Berichts vom 8. September 2015 davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden somatisch objektivierbar und bislang zu wenig ernst genommen und nicht hinreichend abgeklärt worden seien. Da die Voruntersuchung indirekt als ungenügend bezeichnet werde und erheblichere somatische Schädigungen als bisher angenommen objektiviert werden könnten, die das Beschwerdebild zu erklären vermöchten, entfalte der D.\_\_\_\_ -Befund vom 8. Juni 2015 auch für das vorliegende Verfahren Beweiskraft. Demgegenüber vertritt die

Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit 27. Februar 2013 (Beginn der Wartezeit von einem Jahr) in seiner Arbeitsfähigkeit als Maschinist/Baggerführer erheblich eingeschränkt sei. In einer angepassten Verweistätigkeit sei es ihm jedoch seit dem 1. Mai 2013 zumutbar, in einem vollen Pensum und ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig zu sein und somit ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers stelle das Abstellen der IV-Stelle auf das Gutachten der Swica keine Verletzung der in BGE 137 V 2010 postulierten Mitwirkungsrechte dar (siehe dazu Urteil des Bundesgerichtes vom 19. November 2012, 9C\_416/2012, E. 4.3.1). Das Gutachten entspreche den von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien für eine beweiskräftige Expertise (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis). Sodann begründe der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) nachvollziehbar, weshalb die Begutachtung durch einen Rheumatologen nicht zu beanstanden sei, ferner weshalb keine weiteren bildgebenden Untersuchungen indiziert seien. In diesem Zusammenhang gelte es auf den Bericht des K.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2013 zu verweisen, aus welchem hervorgehe, dass zwar eine Foraminalstenose und Kompression der Wurzel L4 beidseits MR tomographisch dargestellt worden seien, zum Zeitpunkt der wiederholten konsiliarischen neurologischen Untersuchungen wie auch der elektrophysiologischen Untersuchung jedoch keine - weder klinisch noch elektrophysiologische - Anhaltspunkte auf ein radikuläres Reizsyndrom bestanden hätten. Übereinstimmend mit den behandelnden Ärzten bestätige Dr. med. C.\_\_\_\_ die objektivierten pathologischen Befunde bzw. die Veränderungen der Wirbelsäule, welche dem Beschwerdeführer die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Maschinist im Baugewerbe (Baggerführer) verunmöglichten. Zur Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Verweistätigkeit fänden sich in den Vorakten des K.\_\_\_\_ keine Angaben. Einzig im Kurzbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 16. April 2013 werde eine Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit wie für eine Verweistätigkeit verneint. Diese Einschätzung vermöge jedoch nicht zu überzeugen. Entgegen der Meinung des Rechtsvertreters sei der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden. Insbesondere sehe die Beschwerdegegnerin von einer psychiatrischen Begutachtung ab. In den Akten fänden sich mit Ausnahme von Anhaltspunkten für eine Schmerzstörung nirgendwo Hinweise auf eine andere psychische Störung. In den Vorakten werde denn auch nirgendwo weder eine psychiatrische Begutachtung noch eine psychiatrische Behandlung empfohlen. Am Valideneinkommen von CHF 76'180.00 werde festgehalten. Auf Anfrage vom 10. März 2014 habe die damalige Arbeitgeberin, die L.\_\_\_\_, bestätigt, dass der Lohn im Jahr 2014 derselbe gewesen wäre, wie im Jahr 2013, somit CHF 76'180.00 (13 x 5'860.00). Hinsichtlich des Abzuges vom Tabellenlohn sei festzuhalten, dass das Alter des Beschwerdeführers (49-jährig) keinen Abzugsgrund darstelle, da als Verweistätigkeit Hilfsarbeiten im gesamten Privatsektor ins Auge gefasst würden, welche auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt würden (Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2010, 9C130/2010 E. 3.3.3 mit Hinweisen). Im Weiteren bestünden in den Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass sich seine angeblich mässigen Deutschkenntnisse in den ihm zumutbaren Tätigkeiten Lohnmindernd auswirken würden. Aus dem Arbeitgeberbericht vom 25. Oktober 2013 gehe hervor, dass seine Tätigkeit als Maschinist hauptsächlich leichte bis mittelschwere, und nur gelegentlich schwere Arbeiten erfordert habe. Unter Berücksichtigung der gesamten Umstände rechtfertige sich kein höherer Abzug als 10 %. 4. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu

Recht verneint hat. Hierbei sind im Wesentlichen folgende medizinischen Akten von Belang: 4.1 Im Bericht bezüglich MR der LWS vom 12. September 2012 (IV-Nr. 24, S. 7) wurden als Befunde und Beurteilung angeführt: «Bei liegenden Aufnahmebedingungen leichte flachbogige linkskonvexe skoliotische Fehllhaltung, keine relevante pathologischen Gefügestörungen ventral und dorsal. Im Segment LWK 3/4 Zeichen der Osteochondrose (Modic I). Keine Frakturen. Hämangiom bei BWK2. · Bei L1/L2 keine relevante Protrusion oder Herniation, keine Nervenwurzelaffektion, keine pathologische Spinalkanalstenose. · Bei L2/L3 Zeichen der Chondrose, zirkuläres Bulging Disk, diskrete Tangierung der rezessalen L3-Wurzel links mehr als rechts, die laterale L2-Wurzel nicht kompromittiert, bilaterale Spondylarthrose und Hypertrophie der Ligamenta flava, relative Spinalkanalstenose. · Bei L3/L4 Zeichen der Chondrose, zirkuläres Bulging Disk, medial betonte Protrusion, Tangierung der rezessalen L4-Wurzel rechts mit leichter Verlagerung, die laterale L3-Wurzel nicht kompromittiert, relevante Spinalkanalstenose. · Bei L4/L5 Zeichen der Chondrose, Einriss des Annulus fibrosus, breitbasige rechts mediolaterale bis rechts intraforaminal betonte Protrusion mit Kompromittierung der rezessalen L5-Wurzel rechts, leichte Kompromittierung der lateralen L4-Wurzel beidseits. Relative Spinalkanalstenose. · Bei L5/S1 keine relevante Kompromittierung der rezessalen S1 bzw. der lateralen L5-Wurzel, keine pathologischen Spinalkanalstenose.» 4.2 Im Bericht betreffend CR der Lendenwirbelsäule vom 27. Februar 2013 (IV-Nr. 24, S. 6) wurde zur Beurteilung festgehalten: «Zum Vergleich eine MRT- LWS vom 12. September 2012. Hemisakralisation von LWK5. Insgesamt Aufhebung der physiologischen Lordose, rechtskonvexe skoliotische Fehllhaltung. Osteochondrosen der Bandscheibenfächer L2/L3, L3/L4 und L4/L5. Keine frischen Frakturen. Keine Osteolysen.» 4.3 Im Bericht bezüglich das MR LWS vom 5. März 2013 (IV-Nr. 24, S. 5) wurde festgehalten: «Zum Befundvergleich die Voruntersuchung vom 12. September 2012 und ein Röntgen LWS vom 27. Februar 2013. · Vorbestehend flachbogige linkskonvexe lumbale Skoliose und abgeflachte Lendenlordose. Keine Fraktur. Im Liegen erhaltenes Hinterkantenalignement. · Bekanntes Wirbelkörperhämangiom BWK 12 und grosse Nierenzyste am Oberpol der linken Niere. · LWK 2/3: Hypertrophe Spondylarthrose und verdickte Ligamenta flava mit osteoligamentärer mässiggradiger bis höhergradiger Spinalstenose und rezessaler Einengung der Wurzel L 3 beidseits. · LWK 3/4: Flache zirkuläre Protrusion mit dorsalem Einriss des Annulus fibrosus sowie geringer foraminaler Einengung ohne Neurokompression. Mässige Spondylarthrose. Verdickte Ligamenta flava. Relative Spinalstenose. · LWK 4/5: Gering progrediente zirkuläre Diskusprotrusion mit dorsalem Einriss des Annulus fibrosus, Spondylarthrose und hypertrophe Ligamenta flava mit etwas progrediente bilaterale Foraminalstenose und Kompression der Wurzel L 4 foraminal beidseits. Mässige rezessale Einengung der Wurzel L 5 beidseits. · LWK1/2 und LWK5 / SWK1: Keine Protrusion, keine Stenose oder Neurokompression.» 4.4 Der Vertrauensarzt der Swica, Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Kardiologie, Sportmedizin SGSM, hielt in seinem Bericht vom 16. April 2013 (IV-Nr. 24, S. 39) fest, vor dem Hintergrund einer Adipositas per magna bei einem BMI von 38 kg/m<sup>2</sup> leide der Beschwerdeführer seit längerer Zeit an rechtsdominanter Lumboradiculopathie bis in den Fuss ausstrahlend. Bereits im Herbst 2012 seien bildgebend relevante Discusprotrusionen L3/L4 und L4/L5 für die beklagte Symptomatik relevant verantwortlich gemacht worden. Als Baggerführer sei er am 26. Februar 2013 grösseren Erschütterungen ausgesetzt gewesen. Dabei habe er ein akutes Rezidiv der bekannten Lumboradiculopathie dermassen ausgeprägt gespürt, dass er notfallmässig habe versorgt werden müssen, woraus ab

27. Februar 2013 eine Arbeitsunfähigkeit resultiert habe. Die gleichentags erfolgte Bildgebung habe den Vorbefund bestätigt, jedoch ausgeprägter mit progredient bilateraler Foraminalstenose und Kompression der Wurzel L 4. Zunächst sei versucht worden, stationär mittels Infiltration die Analgesie zu optimieren, was nachvollziehbar misslungen sei. Bei der Untersuchung arbeite sich der Beschwerdeführer schmerzgeplagt mit einem auffälligen rechtsentlastenden Schonhinkgang allseits sich stützend zum Stuhl vor. Die Einnahme derselben Position sei jedoch von kurzer Dauer. Der Beschwerdeführer beklage eine permanent dolente Radiculopathie in Form von Parästhesien bis hin zum rechten Fuss ausstrahlend. Bei einem Gewicht von 130 kg und einer Grösse von 1.85 m resultiere ein BMI von 38.1 kg/m<sup>2</sup>. Der Lasegue rechts sei sicher positiv ab 10 Grad, links erst ab 45 Grad. Rechts reagiere er mit rasch sich aufbauendem starken Schmerz. Der rechte Fuss lasse sich reduziert anheben. Die peripheren Reflexe patellar seien auslösbar, die Achillessehnenreflexe fehlten. Der Beschwerdeführer befinde sich unverändert in einer Notfallsituation. Die neurologischen Ausfälle sprächen für eine operative Intervention, wobei natürlich der aktuelle BMI belastende Auflagen aufweise. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. I. \_\_\_ fest, weder sei die angestammte noch eine zumutbare Tätigkeit ausgewiesen.

4.5 Im neurologischen Sprechstunden- und Elektrophysiologie-Bericht vom 17. April 2013 (IV-Nr. 24, S. 32) der Neurologin Dr. med. M. \_\_\_ wurden folgende Diagnosen gestellt: · Chronifizierte lumbosakrale Schmerzen mit pseudoradikulärer Komponente rechtsbetont o Klinisch keine sensomotorischen Ausfälle, seitengleicher Reflexstatus o Elektrophysiologisch keine akuten Denervationszeichen o Ausgeprägtes Schonhinken rechts Der Beschwerdeführer sei vom 5. bis 8. März 2013 im Rahmen lumbovertebraler Schmerzen in der orthopädischen Klinik hospitalisiert gewesen. Eine damals veranlasste lumbale MRI-Untersuchung zeigte keine Verdachtsmomente auf eine radikuläre Kompression. Bei hypertropher Spondylarthrose zeigte sich eine mässig bis mittelgradige Spinalstenose und rezessale Einengung der Wurzel L3 bds. ebenso eine relative Spinalstenose auf der Höhe L3/4 resp. L4/5 ohne radikuläre Kompression, jedoch nachweislicher bilateraler Foraminalstenose mit Wurzelkontakt L4 und L5 bds. In dieser Situation sei bei fehlenden sensomotorischen Ausfällen eine konservative Therapie ergriffen worden inkl. lokaler Infiltrationstherapie. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers habe der Effekt dieser Behandlung nur wenige Tage angehalten, aktuell sei er stark beeinträchtigt und nahezu gehunfähig durch die Schmerzen, welche von der Diagnostik lumbal ausgingen und entlang des Gesässes in den Oberschenkel und Unterschenkel einstrahlten, vor allem in Dig III-V. Die klinische Untersuchung wie auch die Anamnese zeigten ein schwer ausgeprägtes und immobilisierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom, dass die typischen Charakteristika eines pseudoradikulären Syndroms aufweise: So zeige der Beschwerdeführer intensive Schmerzen in einer Extremität, welche von einer ausgeprägten Beeinträchtigung der Muskelfunktion begleitet sei und weder eine sensible radikuläre Ausfallssymptomatik gezeigt habe, noch mit einer Reflexasymmetrie einhergehe. Auch elektrophysiologisch hätten keine Hinweise auf eine akute Denervation gefunden werden können, wobei die Untersuchung aufgrund grosser Schmerzen vorzeitig habe abgebrochen werden müssen. Auf eine ausgedehnte elektrophysiologische Untersuchung inklusive Neurographien habe beim stark schmerzgeplagten Patienten verzichtet werden müssen.

4.6 Im Bericht bezüglich des MRT der LWS vom 24. April 2013 (IV-Nr. 24, S. 4) wurde festgehalten, die Untersuchung habe bei dem unruhigen Patienten aufgrund massiver Schmerzen unmittelbar nach der Durchführung einer T2w-sagittalen Sequenz abgebrochen werden müssen. So sei diese bei

Bewegungsartefakten nicht beurteilbar. 4.7 Im neurologischen Privat-Sprechstundenbericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2013 (IV-Nr. 24, S 10) wurde festgehalten, die Untersuchung ergebe eine seitengleiche Trophik der Beine, seitengleiche mittellebhafte Muskeleigenreflexe, eine Hypästhesie im gesamten rechten Bein für Berührung, seitengleicher Vibrationssinn 8/8 distal. Die Kraftprüfung rechts sei schmerzbedingt nicht konklusiv durchführbar, das Bein könne in liegender Position nicht angehoben werden, ebenso sei in liegender Position weder eine Dorsalextension des Fusses noch Plantarflexion des Fusses, resp. Pronation / Supination möglich. Die Lasegue-Diagnostik rechts sei bei 20° positiv. Es bestehe ein Schonhinken mit positivem Trendelenburg-Zeichen, die komplexen Gangfunktionen sei nicht prüfbar, Zehen anheben (Fersenstand) und Zehenspitzenstand seien unter großen Schmerzen möglich. Einbeinstand sei nicht möglich. Die klinische Untersuchung, wie auch die Zwischenanamnese zeigten weiterhin ein immobilisierendes lumbovertebral akzentuiertes Schmerzsyndrom pseudoradikulären Charakters. Verdachtsmomente auf eine radikuläre Ausfallssymptomatik zeigten sich weiterhin keine. 4.8 In ihrer Stellungnahme vom 5. Juni 2013 (IV-Nr. 24, S. 26) hielt die Neurologin, Dr. med. M.\_\_\_\_ fest, dass zwar eine Foraminalstenose und eine Kompression beidseits MR-tomographisch dargestellt worden seien, zum Zeitpunkt der wiederholten konsiliarischen neurologischen Untersuchung wie auch der elektrophysiologischen Untersuchung durch sie hätten jedoch keine - weder klinische noch elektrophysiologische - Anhaltspunkte auf ein radikuläres Reizsyndrom bestanden. Aus diesem Grund sei eine konservative Behandlung mit genügender Analgesie und mobilisierender Physiotherapie durchaus gerechtfertigt. Sollten sich im weiteren Verlauf eindeutige radikuläre Symptome abzeichnen, sei sie sehr gerne bereit, eine erneute klinische Verlaufsuntersuchung des Patienten vorzunehmen. 4.9 Im Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 27. August 2013 (IV-Nr. 47), wo der Beschwerdeführer vom 22. Juli bis 19. August 2013 hospitalisiert gewesen war, wurden folgende Diagnosen gestellt: · Chronifizierte lumbosacrale Schmerzen mit pseudoradikulärer Komponente rechtsbetont - klinisch keine sensomotorischen Ausfälle, seitengleicher Reflexstatus - elektrophysiologisch keine akuten Denervationszeichen - ausgeprägtes Schonhinken rechts In der klinischen Untersuchung finde sich eine diffuse Klopf- und Druckdolenz über dem Processus spinosi. HWS- und LWS der Tonus und Trophik sowie Reflexstatus der unteren Extremitäten seien seitengleich. Der internistische Untersuchungsbefund sei unauffällig. Eine nachhaltige Verbesserung des Schmerzzustandes habe trotz der Anpassung der Schmerzmedikation sowie aktiver Physiotherapie nicht erreicht werden können. Gemäss physiotherapeutischer Beurteilung sei das subjektive Hauptproblem des Patienten bei Eintritt stechende und einschiessende Schmerzen im Bereich der LWS, rechtsbetont, gewesen, mit Ausstrahlungen in das gesamte rechte Bein und auch in den gesamten Rücken, rechtsseitig, sowie den gesamten rechten Arm und den Kopf. Physiotherapeutisch zeige sich eine stark ausgeprägte Schonhaltung der gesamten rechten Körperhälfte. Das Gangbild sei stark verändert, es zeige sich ein stark ausgeprägtes Hinken. Hauptbestandteil der Physiotherapie sei das Wiederannehmen der rechten Körperseite. Gemäss klinisch-psychologischer Beurteilung falle der Beschwerdeführer durch seine Schonhaltung und häufigen Stellungswechsel auf, da er seine Schmerzen nicht gut toleriere. Versuche in den klinisch psychologischen Einzelsitzungen ihm Möglichkeiten zur Schmerzablenkung zu zeigen seien fehlgeschlagen, da die Konzentration auf den Schmerz und die damit verbundene unangenehme Empfindung zu sehr im Vordergrund stehe. 4.10 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 30. September 2013 (IV-Nr. 25.5, S. 4) wurden folgende Diagnosen

gestellt: • Lumbovertebrales Syndrom seit September 2012, ausgeprägt ab Februar 2013 mit/bei - ausgeprägter und auffälliger Präsentation seines Beschwerdebildes der Lumboischalgie rechts - deutlichem histrionischem Verhalten mit widersprüchlichen Schmerzangaben und objektiven Befunden - seitengleichen Muskeigenreflexen - ausgesprochen ungünstiger Kooperation bei der somatischen Untersuchung, die einzelne Prüfungen verunmöglicht habe - Berührungshyposensibilität an der gesamten rechten Körperseite inkl. Ohr und Rumpf - am ehesten funktionell einzustufen • Multisegmentale degenerative Veränderung mit Bulging Disk L3/L4 und L4/L5 - klare neurologische Ausfälle hätten die Neurologen am Kantonsspital Olten und auch der Gutachter nicht finden können • Adipositas per magna - BMI 40 Der Beschwerdeführer habe die Praxis mit einem sehr auffälligen Gangbild und ziemlich demonstrativem Bewegungsmuster betreten. Er habe sich immer auf das rechte Bein gestützt, habe massiv gehinkt und sich nach vorne rechts gebeugt. Beim Betreten der Praxis habe er bereits bei den ersten Schritten gestöhnt und geächzt. Sitzen habe er nicht gewollt, stehen sei für ihn nicht gut möglich. Bei jeder Drehbewegung habe er auffällig geschrien. Bei der Kontrolle des Gangbildes habe er 6 Schritte gemacht, um einen Meter zu laufen. Dies gebe bildlich gesehen eine gewisse Information zu seiner massiv demonstrierten Verlangsamung. Diese Situation habe sich auf die gesamte Begutachtungsdauer übertragen. Bei der rheumatologischen Untersuchung sei das Gangbild sehr auffällig gewesen, er habe auf der rechten Seite massiv gehinkt und mit nach vorne geneigter Körperseite zur rechten Seite habe er den rechten Fuss stark belastet. Die Untersuchung habe er anfänglich nur in stehender Position machen wollen, wobei er sehr unruhig geworden sei und wiederholt habe gebeten werden müssen, die Anordnung der Untersuchung zu befolgen. Während der gesamten Untersuchungsdauer habe er nicht nur häufig, sondern auch laut gestöhnt. Gelegentlich habe er wiederholt laut aufgeschrien, bereits schon beim Versuch, sich hinzulegen. Dieses laute Schreien sei eindeutig demonstrativ bzw. funktionell gewesen. Auch im Untersuchungszimmer sei er knapp im Schrittempo gelaufen, der linke Fuss habe knapp den Boden gestreift. Auf die Untersuchungsliege liegen sei ihm wegen der Schmerzen am rechten Bein nicht möglich. Nach längerer Konversation und Besprechung habe er sich spontan auf den Rücken gelegt, habe beide Beine unauffällig angespannt und sei somit in eine absolut normale Liegeposition gekommen. Kaum habe man ihn berührt, um den Lasegue zu prüfen, habe sich der Beschwerdeführer auf die linke Seite gedreht und wegen Schmerzen laut aufgeschrien. Er habe so gestöhnt und geächzt, dass eine Pause habe eingelegt werden müssen. Der Lasegue sei weder rechts noch links prüfbar gewesen. Muskeigenreflexe an den oberen Extremitäten sowie der Patellar- und Achillessehnenreflex seien seitengleich und mittellebhaft auslösbar. Der Fersen- und Zehengang auf der rechten Seite sei aufgrund des ausgeprägten histrionischen Verhaltens nicht möglich gewesen. Auch im Stehen habe er nicht auf die Zehen oder Ferse stehen wollen, auf der linken Seite sei es einigermaßen gegangen. Muskelatrophie an den unteren Extremitäten sei gut erhalten. Eine Atrophie der Quadricepsmuskulatur habe nicht konstatiert werden können. Es habe eine verminderte Berührungsempfindlichkeit an der ganzen rechten Körperhälfte bestanden, beginnend vom Schläfenbein bis zum Fuss. Dieses Rechts-Hemi-Syndrom sei in der Regel funktionell bedingt. Jedenfalls könne man bei dieser Angabe keine Dermatombzugehörigkeit lokalisieren. Die Schmerzen am rechten Arm seien eher zunehmend. Auch sei die Pendelbewegung mit dem rechten Arm nicht möglich. Während der Anamnese und beim Deuten auf die Schmerzen habe er den rechten Arm allerdings ordentlich bewegen können. Es bestünden schmerzhafteste Druckstellen am Schultergürtel rechtsbetont, im lumbalen

Bereich paravertebral, ebenfalls rechte Seite sowie im Bereich des Gesässes rechte Seite, hier jeweils mit einem sehr lauten Schrei. Mit Ablenkmanöver seien diese Punkte erneut palpirt, vor allem im lumbosakralen Bereich rechte Seite und Gesäss, hier habe der Beschwerdeführer keine Schmerzen angegeben. Somit hätten doch diverse Widersprüche bei der somatischen Untersuchung bestanden. Obschon man objektiv den Eindruck habe, dass trotz der vorliegenden pathomorphologischen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule, diese enormen Schmerzen nicht zu erklären seien, werde die Aufnahme seiner angestammten Tätigkeit wahrscheinlich kontraproduktiv sein, sofern der Beschwerdeführer diese wieder aufnehmen sollte. Aufgrund der heutigen Präsentation und massivsten Schmerzangaben, des hinkenden Gangs, sehr verlangsamt und im Schrittempo, dürfte die angestammte Tätigkeit bis Ende 2013 schwer realisierbar sein. In einer angepassten und wechselbelastenden Tätigkeit mit Sitzen, Stehen und Laufen, unter Vermeiden von Arbeiten in repetitiv gebückter Haltung oder Heben von schweren Lasten (über 15 kg), bei einer Tätigkeit, die vorwiegend manuell ausgeführt werde, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung sei ab 1. Mai 2013 gültig. 5. Vorweg ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 30. September 2013 (IV-Nr. 25.5, S. 4), welches von der Taggeldversicherung Swica veranlasst wurde. Das durch den Sozialversicherungsträger beigezogene, von einem Privatversicherungsträger eingeholte Gutachten ist als Privatgutachten zu behandeln (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_416/2012 vom 19. November 2012 E. 4.3.1). Der Beweiswert ist demnach nicht höher als derjenige eines versicherungsinternen Gutachtens. Somit ist die geringe-Zweifel-Praxis analog anzuwenden (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). Dr. med. C.\_\_\_\_ beschreibt in seinem Gutachten zwar grundsätzlich überzeugend, dass die Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers nicht zutreffen können. Trotzdem bestehen gewisse Zweifel. So empfiehlt Dr. med. C.\_\_\_\_ am Ende des Gutachtens, S. 12, eine erneute Kontrolle Ende 2013, und hält seine Ergebnisse also möglicherweise selbst nicht für abschliessend. Weiter legt der Gutachter zwar einleuchtend und ausführlich dar, dass beim Beschwerdeführer eine erhebliche Aggravation vorliege. Die Auseinandersetzung mit einer allfälligen medizinischen Problematik fällt im Gutachten dagegen lediglich rudimentär und wenig tiefgehend aus. Zudem werden von Dr. med. C.\_\_\_\_ auch gewisse Befunde erhoben. Die Verbindung zwischen dem beschriebenen Befundstatus (S. 8 f.) und der Arbeitsfähigkeit (S. 11) erscheint jedoch nur bedingt nachvollziehbar. Was sodann andere Disziplinen anbelangt, hat die Neurologin Dr. med. M.\_\_\_\_ zwar nichts wirklich Fassbares gefunden, auch der Lasègue und das Trendelenburg-Zeichen scheinen nur bedingt verlässlich zu sein. Es ist aber doch ausgewiesen, dass degenerative Beschwerden bestehen. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Einschätzung des Swica-Vertrauensarztes vom 16. April 2013 (E. II. 4.4 hiervor), der zu gänzlich anderen Ergebnissen gelangt war, sowie die zwar kaum begründeten Arbeitsunfähigkeits-Attestierungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ und auch den neu eingereichten radiologischen Befund der D.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2015, der möglicherweise schon länger besteht, verbleiben zumindest relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der beigezogenen versicherungsinternen Abklärungen, was rechtsprechungsgemäss zur Folge haben muss, dass das Versicherungsgericht ergänzende Abklärungen veranlasst (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). 6. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts zur Klärung der Streitfrage, ob die Beschwerdegegnerin den

Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat, bei der H.\_\_\_\_ ein interdisziplinäres Gutachten veranlasst. 6.1 Das Gutachten der H.\_\_\_\_ vom 1. Februar 2017 (A.S. 89 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Die Aussagen der Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar. Im orthopädischen Teilgutachten führt Dr. med. E.\_\_\_\_ eine eingehende Befunderhebung durch und hält fest, bei der aktuellen orthopädischen Begutachtung des Versicherten zeigten sich Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule in ihrer Beweglichkeit jeweils frei. Es bestehe keine bedeutsame Wirbelsäulenfehlstatik. Eine Blockierung im chirodiagnostischen Sinne oder eine anderweitige akute Pathologie bestehe an der gesamten Wirbelsäule nicht. Die paravertebrale Muskulatur der gesamten Wirbelsäule sei nicht verspannt. Schmerzen in der Wirbelsäule seien in der Begutachtung des Versicherten auch bei komplexen Bewegungsabläufen nicht erkennbar, obwohl der Versicherte verbal sehr klagsam sei. Dabei seien diese vorgetragene Klagen losgelöst von einzelnen Bewegungsprüfungen und zögen sich durch die gesamte körperliche Untersuchung des Versicherten, sowohl betreffend die Wirbelsäule als auch betreffend seine Extremitäten, wobei er Beschwerden von nennenswertem Ausmass ja nur am rechten Bein beklage. Die bekundete Druckempfindlichkeit über dem Lendenwirbel 5 sei in Zusammenschau mit allen erhobenen körperlichen Untersuchungsbefunden die Wirbelsäule betreffend nicht nachvollziehbar. Verquellungen oder Verspannungen der Muskulatur als Zeichen von Schmerzen fänden sich ebenso wenig wie algophobe Hemmungsreaktionen bei den Bewegungsprüfungen der Wirbelsäule in den Endgraden. Das Hinlegen auf die Untersuchungsliege, das Drehen in die Bauchlage aus der Rückenlage wie auch das Aufstehen aus der Bauchlage erfolgten ohne erkennbare Schonhaltung des Rumpfes. Der mit 61 cm zu messende Finger-Fuss-Abstand beim Beugen nach vorn mit gestreckten Kniegelenken sei als Verdeutlichungsversuch zu werten. Der Langsitz auf der Liege gelinge dem Versicherten nämlich mit deutlich geringerem Abstand, wobei er eine Messung des Finger-Fuss-Abstandes im Sitzen nicht zulasse. Auch die Tatsache, dass der Versicherte bei der Prüfung der Gangarten rechtsseitig nicht kooperiere, sei dabei eher als Verdeutlichungsversuch zu werten, als dass sich daraus nachvollziehbare Hinweise ergäben, dass es sich um eine Ausfallsituation am rechten Bein handle. Des Weiteren setzt sich Dr. med. E.\_\_\_\_ mit den bildgebenden Untersuchungsbefunden auseinander und zeigt nachvollziehbar auf, dass der körperliche Untersuchungsbefund betreffend die Wirbelsäule gut mit dem vorliegenden Bildmaterial korreliert. Die MRI-Aufnahmen der LWS vom 4. November 2015 zeigten zwar eine Spinalkanalstenose von L3-L5 und weniger deutlich bei L5/S1 durch Spondylosen und ausladende Bandscheibenprotrusionen, jedoch entstehe hierdurch allenfalls eine Tangierung der absteigenden Wurzel S1. Bildmorphologisch handle es sich um ein mässiggradiges Degenerationsmuster an der Lendenwirbelsäule, welches eine anhaltende oder auch nur häufig wiederkehrende radikuläre Irritation nicht hinreichend erklären könne. Eine Kompression der neuralen Strukturen finde sich nirgendwo. Funktionelle Irritationen an der Wirbelsäule hingegen seien denkbar. Sodann legt Dr. med. E.\_\_\_\_ schlüssig dar, dass zwar keine akute Pathologie an der Wirbelsäule des Versicherten nachweisbar sei und hinreichende Hinweise auf das Vorliegen einer bedeutsamen vertebralem Nervenwurzelreizung aus keinem Betrachtungswinkel festgestellt werden könnten. Es seien jedoch gelegentliche funktionelle leichte Irritationen an der Wirbelsäule des Versicherten denkbar. Hinweise auf das Vorliegen einer

rheumatischen Systemerkrankung oder eine Fibromyalgie fänden sich bei der aktuellen Begutachtung nicht. Sämtliche Gelenke der oberen und unteren Extremitäten seien frei beweglich mit jeweils guter Kraftentfaltung bis in die Peripherie. Auch für deren Feststellung sei das Verdeutlichungsverhalten des Versicherten bezüglich seiner Leiden eine Erschwernis. So habe der Versicherte die Kooperation bei der Untersuchung seiner rechten Schulter verweigert. Auf dem Bauch liegend habe er jedoch auf Aufforderung beide Arme nach oben/vorn bis zu deren Anliegen am Kopf gestreckt und habe so den freien Bewegungsumfang auch seiner rechten Schulter demonstriert. Zuvor habe das Entkleiden des Hemdes im Stand mit flüssigen Überkopfbewegungen beider Arme stattgefunden. Schmerzen seien bei den Bewegungsprüfungen an den Gelenken nicht erkennbar. Hinweise auf Vorliegen eines Impingements oder einer Rotatorenmanschettenläsion bestünden ebenso wenig wie Hinweise auf Vorliegen eines Kniebinnenschadens. Zu erwähnen bleibe, dass das beträchtliche Übergewicht des Versicherten, 132 kg bei 182 cm Körperlänge, aus orthopädischer Sicht zwar IV-fremd sei, per se jedoch aktuell eine permanente Überbelastung bedinge. Die bestehende Fussfehlstatik stelle keine Funktionseinschränkung von IV-Relevanz dar. Gestützt auf die eingehende Befunderhebung ist auch die Diagnosestellung sowie Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. E.\_\_\_\_ einleuchtend: Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden chronisch wiederkehrende Lumbalgien mit wiederkehrender pseudoradikulärer Schmerzsymptomatik im rechten Bein bei geringer Wirbelsäulenfehlstatik, degenerativen LWS-Veränderungen und lumbalen Bandscheibenprotrusionen mit Spinalkanalstenose L3-S1 ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Aus den Befunden an den Extremitäten resultierten keine Funktionseinschränkungen. Objektivierbar seien bei dem Versicherten belastungsabhängige Schmerzen in der Lendenwirbelsäule bei langem Stehen und Gehen, Schmerzen in Form von Anlaufschmerzen nach langem Sitzen und Schmerzen beim Aufrichten aus gebückter Haltung sowie Schmerzen auch bei langen statischen Belastungen der Wirbelsäule und bei langen Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse, dies insbesondere beim Stehen in vornübergebeugter Körperhaltung. Mehr als gelegentliche mittelschwere und alle schweren körperlichen Tätigkeiten liessen bei der bestehenden Befundkonstellation Schmerzen in der Wirbelsäule erwarten und schränkten somit die Wirbelsäule für solche Arbeiten ein. Idealerweise arbeite der Versicherte in einer leichten bis gelegentlich mittelschweren körperlich wechselbelastenden Tätigkeit zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Nicht mehr zugemutet werden sollten Tätigkeiten verbunden mit mehr als gelegentlichem Heben von Lasten über 15 kg. Darunter falle auch die bisherige Tätigkeit als Maschinenbediener / Baggerfahrer. Schliesslich kommt Dr. med. E.\_\_\_\_ hinsichtlich der Vorakten in korrekter Weise zum Schluss, dass diese seiner Beurteilung in den wesentlichen Punkten nicht entgegenstehen (S. 24 ff. des Gutachtens). Auch das neurologische Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ vermag in beweisrechtlicher Hinsicht zu überzeugen. In Zusammenschau könne zwar eine degenerative Wirbelsäulenveränderung in den unteren LWS Segmenten beschrieben werden, auch mit gewisser Spinalstenose, jedoch erkläre sich hieraus nicht eine durchgehend dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Es bestünden pseudoradikuläre Schmerzen, wie auch vom K.\_\_\_\_ bereits so definiere. Eine Verminderung der Rückenbelastbarkeit sei dadurch zwar sicherlich gegeben und die angestammte Tätigkeit als Baumaschinenführer damit nicht mehr geeignet (Vibration, Kälteexposition, teilweise auch rückenbelastende Ladetätigkeiten). Jedoch sei nicht einsehbar, warum nicht körperlich theoretisch medizinisch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten möglich sein sollten. Es falle die schmerzzentrierte und erheblich aggravierte Schmerzdarstellung und

Akzentuierung auf, die aber in der dargebotenen Form grossteils bewusst demonstriert erscheine, teilweise auch nicht authentisch präsentiert werde (z. B. Faustschlussunfähigkeit rechte Hand mit völliger Kraftlosigkeit 0 bar, trotz vermeintlich höchste Anstrengung ausdrückender verzerrter Mimik). Beim An- oder Auskleiden lasse sich dieses beispielsweise nicht feststellen. Ebenso die scheinbar fehlende Kraft im rechten Fuss für die Senkung und Hebung, obwohl der Fuss beim Gehen sehr wohl gehalten werde und sich auch elektrophysiologisch keine Erklärungen für eine solche Störung ergeben würden. Somit könne zusammenfassend unter Einbezug der erheblichen Diskrepanzen in der Befundlage, als auch in der Schmerzangabe versus Ausdrucksverhalten, nicht die vom Versicherten angegebene hohe intensive Ausprägung seiner Einschränkungen plausibel gemacht werden. Theoretisch medizinisch ergebe sich somit für eine leidensangepasste Tätigkeit aus neurologischer Sicht keine über die Bewertung auf orthopädischem Fachgebiet hinausgehende Beeinträchtigung. Dies gelte angesichts der Aktenlage auch retrospektiv. Diese belegten ebenso eindrücklich die vielfachen Befundinkonsistenzen. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden somit aus neurologischer Sicht ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit verminderter Belastbarkeit der Wirbelsäule und pseudoradikulärer Komponente rechtsbetont bei radiologisch degenerativen Veränderungen in den unteren LWS Segmenten mit mässiger Spinalstenose. Ein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit liege nicht vor. Sodann wird im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ schlüssig dargelegt, dass beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht keine relevante Verminderung der Leistungsfähigkeit oder des Zeitpensums gegeben sei und auch keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert gestellt werden könne. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen stünden im Zusammenhang mit den lumbalen Problemen. Das vom Versicherten im Rahmen der neurologischen und orthopädischen Begutachtung gezeigte sehr auffällige Verhalten könne nicht durch eine versicherungspsychiatrisch relevante Störung erklärt werden. Insbesondere ergäben sich keine Kriterien, welche für das Bestehen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (zumal auch somatische Aspekte bestünden) oder für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sprechen würden. Weder seien emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen eruierbar, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukomme, noch seien in der Folge eine beträchtlich gesteigerte Inanspruchnahme persönlicher oder medizinischer Hilfe und Unterstützung feststellbar. Auch könne nicht von einem dauerhaft schweren und quälenden Schmerz ausgegangen werden, betrachte man das doch mehrfach feststellbare freundliche bis humorvolle Ausdrucksverhalten, welches ausserhalb des Beschwerderapports beobachtet werden könne. Auch seien Ausmass und Umfang der Behandlungsaktivität insbesondere in psychiatrischer Hinsicht als ausgesprochen gering zu bewerten und bestünden praktisch gar nicht. Gleichermassen gelte aber auch für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, dass hier eben keine solchen hinreichend schwerwiegenden emotionalen Konflikte und psychosozialen Belastungen eruierbar seien, welche die Aufrechterhaltung der primär somatischen Schmerzfactoren begründen könnten. In der Gesamtschau geht Dr. med. G.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise von der Diagnose «Psychische Faktoren, Verhaltensfaktoren, bei andernorts klassifizierten Krankheiten» ICD-10 F54 aus. Bei der Diagnose F54 seien die psychischen Störungen meist leicht bis mittelstark ausgeprägt und rechtfertigten nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V. So fehle auch eine eindeutige psychiatrische

Anamnese, es bestehe kein erkennbarer psychosozialer Konflikt, es sei auch die Inanspruchnahme medizinischer Massnahmen ausgesprochen gering und es zeige sich kein Rückzugsverhalten im Interessenbereich. Im Unterschied zu solchen Einflussfaktoren komme den psychischen Faktoren bei der Diagnose F45.41 eine zentrale Stellung für die Chronifizierung zu, in Verhalten, Kognitionen, Emotionen und Veränderungen psychosozialer Bedingungen, also eine Gewichtung der psychischen Faktoren, welche hier nicht erkennbar seien. Auch das Vorliegen einer dissoziativen Bewegungsstörung im Sinne einer Konversionsstörung könne nicht festgestellt werden. Es seien weder eine zeitlich enge Korrelation zu einem traumatisierenden Ereignis, eine enge Beziehung zu anderen psychischen Belastungen noch ein unlösbarer oder unerträglicher Konflikt oder eine gestörte Beziehung feststellbar. Ein offensichtlicher Ausdruck emotionaler Konflikte oder Bedürfnisse, welche sich in dem Funktionsverlust präsentieren könnten, seien nicht nachvollziehbar. Wohl aber ergäben sich aus den Beobachtungen im Rahmen der neurologischen und orthopädischen Begutachtung mehrfach Hinweise auf eine doch bewusste erhebliche Verdeutlichung im Sinne einer Aggravation und teilweise sogar nicht authentischer Symptompräsentation. Dieses Verhalten sei jedoch durch keine versicherungspsychiatrisch relevante Störungssymptomatik erklärbar. Auch könnten keine Hinweise festgestellt werden, welche auf eine relevante Störung der Persönlichkeitsentwicklung oder aktuell bestehende Persönlichkeitsstörung hindeuten könnten. Der Versicherte habe auch im Rahmen der früheren Migration und beruflichen Partizipation seine Anpassungsfähigkeit bewiesen, habe sich zu integrieren sowie sich unterzuordnen und zu bestehen vermocht und sei in der Lage gewesen, eine Familie zu gründen und für diese zu sorgen. Somit sei die vorbestehende persönliche Ressourcenlage als durchaus gut zu bezeichnen. Der Versicherte wirke ausgesprochen durchsetzungsfähig und auch sozial kompetent. Es sei davon auszugehen, dass er auch in seinem Beruf in der Lage gewesen sei, flexibel zu handeln, sich neues Wissen anzueignen und dies auch umzusetzen. Er müsse auch als Baggerführer in seiner Arbeit sehr umsichtig gewesen sein. Möglicherweise könne der Versicherte wegen der narzisstischen Züge seine Beschwerden nicht entsprechend annehmen und adäquat verarbeiten; er schildere seine Situation auch etwas pessimistischer, als dies den Tatsachen entspreche. Aus psychiatrischer Sicht bestehe bei dem Versicherten somit keine relevante Verminderung der Leistungsfähigkeit oder des Zeitpensums. Schliesslich vermag auch die zusammenfassende interdisziplinäre Beurteilung im H.\_\_\_\_-Gutachten zu überzeugen. Im positiven Fähigkeitsprofil des Versicherten lägen leichte und gelegentliche mittelschwere körperliche Tätigkeiten, zu erbringen im Wechselrhythmus zwischen Gehen, Stehen und Sitzen. Im negativen Fähigkeitsprofil fänden sich wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten, i. e. Tätigkeiten verbunden mit langen statischen Belastungen der Wirbelsäule, langen Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse insbesondere beim Stehen in vornübergebeugter Körperhaltung, Tätigkeiten verbunden mit langem Stehen und Gehen und Tätigkeiten verbunden mit Wirbelsäulenhaltungsmonotonien. Auch Tätigkeiten verbunden mit häufigem Bücken und mit ruckartigen Drehbewegungen in der Lendenwirbelsäule seien zu vermeiden. Nicht mehr zugemutet werden sollten zudem Tätigkeiten verbunden mit dem mehr als gelegentlichem Heben und Tragen von Lasten über 15 kg. Mehr als gelegentliche mittelschwere und alle schweren körperlichen Tätigkeiten liessen bei der bestehenden Befundkonstellation Schmerzen in der Wirbelsäule des Versicherten erwarten und schränkten somit die Wirbelsäule für solche Arbeiten ein. Der Versicherte solle zudem nicht mehr unter der Exposition gegenüber Nässe, Kälte und Zugluft arbeiten müssen.

Damit sei die bisherige Tätigkeit als Maschinenführer / Baggerfahrer nicht mehr zumutbar. Dagegen sei eine im oben genannten Sinne angepasste Tätigkeit ohne Leistungseinschränkung in einem Pensum von 8,5 Stunden pro Tag zumutbar. Die obige Bewertung gelte retrospektiv für die angestammte Tätigkeit gemäss der Arbeitsunfähigkeitsattestierung der den Versicherten im Laufe der zurückliegenden Jahre behandelnden Ärzte seit dem 27. Februar 2013 und künftig auf Dauer. Für ideal dem Leiden angepasste Verweistätigkeiten gelte die obige Bewertung ab dem 1. Mai 2013 in Übereinstimmung mit dem Ergebnis der Begutachtung vom 30. September 2013 durch Dr. med. C. \_\_\_\_, FMH Rheumatologie, physikalische Medizin und Rehabilitation. 6.2

Den Beweiswert des H. \_\_\_\_ -Gutachtens vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nicht zu schmälern. Vorab ist hierzu festzuhalten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. z.B. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil 9C\_630/2016 vom 9. Februar 2017 E. 4.2.1.1). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. z.B. Urteil 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Sodann rügt der Vertreter des Beschwerdeführers, das Gutachten mache den Eindruck einer unausgewogenen, nicht hinreichenden und versicherungsnahen Betrachtungsweise. Der Beschwerdeführer werde als unglaubwürdig abgestempelt. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich bereits aus den Vorakten Hinweise auf eine aggravatorische Tendenz des Beschwerdeführers ergaben. Dies wird denn auch im Gutachten des H. \_\_\_\_ bestätigt. Der orthopädische und neurologische Gutachter zeigen darin unabhängig voneinander diverse Situationen auf, in welchen das gezeigte Verhalten des Beschwerdeführers inkonsistent und widersprüchlich war. Die diesbezüglichen Ausführungen der Gutachter erscheinen demnach durchaus überzeugend. Dass der psychiatrische Gutachter bei seiner Untersuchung dagegen keine Hinweise auf Aggravation fand, ist – entgegen der Ansicht des Vertreters des Beschwerdeführers – nicht als Widerspruch im Gutachten zu betrachten. Dass die Aussagen aus psychiatrischer Sicht konsistent erscheinen, schliesst ein aggravatorisches Verhalten bei den somatischen Untersuchungen nicht aus, zumal dieses von den anderen Gutachtern wie erwähnt schlüssig beschrieben wurde. Auch die übrigen vom Vertreter vorgebrachten Rügen entbehren weitgehend einer nachvollziehbaren Grundlage, wenn er geltend macht, der Sachverhalt werde selektiv und verharmlosend dargestellt, zudem sei der Beschwerdeführer geradezu vorgeführt worden und die Befunde seien nicht in hinreichender Tiefe erhoben worden. Medizinische Unterlagen, die dies bekräftigen würden, liegen nicht vor. Das Gleiche gilt hinsichtlich der vom Vertreter des Beschwerdeführers vorgebrachten Rüge, da anhand der MRI-Befunde von einer erheblichen Lumbalproblematik auszugehen sei, erscheine sogar der Schluss naheliegend, dass die Gutachter bei eigentlicher Gutachtenerstellung den Versicherten mit jemand anderem verwechselt hätten. Dies bleibt eine nicht nachvollziehbare Parteibehauptung. Damit kann auf das voll beweiswertige Gutachten des H. \_\_\_\_ vom 1. Februar 2017 abgestellt werden. 7. Strittig und zu prüfen ist sodann einerseits die Höhe des leidensbedingten Abzuges vom Invalideneinkommen sowie andererseits die Höhe des Valideneinkommens. 7.1 Wird das Invalideneinkommen auf

der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f.; 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Ob ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, stellt eine vom Versicherungsgericht frei überprüfbare Rechtsfrage dar (Urteil 8C\_652/2008 vom 8. Mai 2009 E. 4, nicht publ. in: BGE 135 V 297). Dagegen ist die Höhe des (im konkreten Fall grundsätzlich angezeigten) Abzugs eine Ermessensfrage und daher durch das Versicherungsgericht nur bei Ermessensüberschreitung, -missbrauch oder -unterschreitung korrigierbar (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72 f.; 132 V 393 E.

### **E. 3.3**

S. 399; Urteil 8C\_477/2016 vom 23. November 2016 E. 4.1). Der Beschwerdeführer macht unter anderem geltend, er kenne nur die schwere Tätigkeit vom Bau und habe seit Jahrzehnten als Baggerführer gearbeitet. Beim Wechsel in eine leichte, leidensadaptierte Tätigkeit innerhalb einer anderen Sparte müsste er aus diesem Grund erhebliche Lohneinschränkungen in Kauf nehmen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Im Lichte dessen und angesichts des Ausmasses der gutachterlich festgestellten Einschränkungen des Beschwerdeführers erscheint der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 10 % bereits eher grosszügig, zumal solche Hilfsarbeitertätigkeit für gewöhnlich ohne längere Einarbeitungszeit ausführbar sind. Zudem ist der Beschwerdeführer Schweizerischer Staatsangehöriger (IV-Nr. 15) und spricht gut Deutsch, so dass anlässlich des Gutachtens auf einen Dolmetscher verzichtet werden konnte. Demnach rechtfertigt sich – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – kein zusätzlicher Abzug wegen Nationalität und allfälliger Sprachprobleme. Schliesslich ist auch aufgrund des Alters – der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung knapp 50 Jahre alt – kein Abzug vom Tabellenlohn angebracht. Somit ist der von der Beschwerdegegnerin gesamthaft vorgenommene Abzug von 10 % nicht zu beanstanden. 7.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Der Beschwerdeführer führt in diesem Zusammenhang aus, es sei von einem Jahreslohn von CHF 76'484.70 auszugehen, da im Bauhauptgewerbe per 2014 sämtliche Löhne um mindestens 0.4 % angehoben worden seien. Ob das vom Beschwerdeführer geltend gemachte Valideneinkommen vorliegend anwendbar ist, kann jedoch offen bleiben, da auch

dessen Einrechnung keinen höheren und damit ebenfalls keinen rentenrelevanten Invaliditätsgrad ergibt. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 8. Im Übrigen kann der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 162 E 1d, 104 V 211 E.a). Nachdem ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt wurde, welchem vollen Beweiswert zuzumessen ist, kann demnach auf die vom Beschwerdeführer beantragte Einholung von Auskünften und des Vertrages von Dr. med. C.\_\_\_\_ mit der Swica verzichtet werden. 9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG 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. Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 139 V 496). Wie dargelegt hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher an die Kosten des Gutachtens der H.\_\_\_\_ vom 1. Februar 2017 eine Pauschale von CHF 10'631.00 (Ziff. 290.2 des Anhangs 2 der Vereinbarung des BSV mit den Gutachterstellen) zu bezahlen. Hinzu kommen die medizinischen Nebenleistungen von CHF 459.05 (Röntgen und Labor), total somit CHF 11'090.05. Die Differenz von CHF 2'169.00 zum in Rechnung gestellten Gesamtbetrag von CHF 13'259.05 ist durch den Staat Solothurn zu tragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_217/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 4.1 f.).

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