

# SO\_GERICHTE VSBES.2015.78 vom 22. März 2018

SO Obergericht, 2018-03-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.78\\_d20180322](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.78_d20180322)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.78 du 22 mars 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.78 del 22 marzo 2018

## Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1967 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführer) absolvierte eine Anlehre als Forstarbeiter und war zuletzt vom 11. Juni bis 11. Oktober 2007 im Rahmen eines temporären Arbeitsverhältnisses () als Bauarbeiter bei der C.\_\_\_\_ AG, [...], tätig. Am 7. November 2008 meldete er sich wegen Rückenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Am 28. März 2009 erlitt der Beschwerdeführer zwei generalisierte epileptische Anfälle, worauf er sich vom 28. bis 30. März 2009 im D.\_\_\_\_ aufhielt. Vom 14. bis 18. Mai 2009 war er wegen eines weiteren epileptischen Anfalls erneut im D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Am 8. Juni 2009 wurde er im E.\_\_\_\_ am Rücken operiert (Fusion L4/5). Vom 11. bis 27. Februar 2010 wurde der Beschwerdeführer nach einem Sturz im E.\_\_\_\_ behandelt. Sein Hausarzt, prakt. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte ein chronisches rezidivierend exazerbierendes lumbovertebrales Syndrom, eine Epilepsie, Adipositas, einen Verdacht auf eine Schmerzstörung sowie rezidivierende Aethylintoxikationen und attestierte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 8. Januar 2008 (Bericht vom 17. Mai 2010; IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 42 S. 2 ff.). Daraufhin veranlasste die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) eine polydisziplinäre (allgemeinmedizinische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung im G.\_\_\_\_ (), welche am 27. Oktober sowie 3. und 4. November 2010 durchgeführt wurde (Gutachten vom 13. Dezember 2010; IV-Nr. 53.1). Vom 18. bis 29. Oktober 2011 war der Beschwerdeführer in der Klinik H.\_\_\_\_, [...], hospitalisiert (IV-Nr. 83 S. 6 ff.). Vom 24. Dezember 2011 bis 1. Januar 2012 hielt er sich wegen des Verdachts auf eine Enteritis (Darmentzündung) sowie eines Verwachsungsbauchs im E.\_\_\_\_ auf, wobei er am 26. Dezember 2011 operiert wurde (IV-Nr. 96 S. 18 ff.). Mit rechtskräftiger Verfügung vom 3. April 2012 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine befristete ganze Invalidenrente ab 1. Mai 2009 zu; gestützt auf einen Invaliditätsgrad von nurmehr 25 % wurde die Rente auf den 31. Dezember 2009 eingestellt (IV-Nr. 71).

1.2 Am 21. September 2012 meldete sich der Beschwerdeführer u.a. wegen seines Rückenleidens und der Epilepsie erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Nach dem Beizug verschiedener medizinischer Unterlagen trat die Beschwerdegegnerin mit rechtskräftiger Verfügung vom 28. Februar 2013 mangels glaubhaft gemachter erheblicher Änderung des Gesundheitszustands auf das Leistungsbegehren des Versicherten nicht ein (IV-Nr. 90).

1.3 Am 24. März 2013 wurde der Beschwerdeführer im E.\_\_\_\_ wegen eines Dünndarmverschlusses operiert (IV-Nr. 96 S. 5 f.). Mit Neuanschuldung vom 12. Februar 2014 beanspruchte er erneut IV-Leistungen. Daraufhin ordnete die Beschwerdegegnerin am 21. Mai 2014 eine polydisziplinäre (internistische, neurologische, orthopädische/traumatologische und psychiatrische) Begutachtung im I.\_\_\_\_, [...], an. Die Untersuchungen wurden am 15. und 24. Juli sowie 15. August 2014 durchgeführt (Gutachten vom 10. September 2014; IV-Nr. 111). Sodann hielt sich der Beschwerdeführer vom 5. bis 7. September 2014 wegen Bauchschmerzen im E.\_\_\_\_, Chirurgische Klinik, auf (IV-Nr. 113 S. 3 ff.). Nach Befragung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Dr. med. J.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 23 % mit Verfügung vom 24. Februar 2015 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, gemäss den medizinischen Abklärungen sei dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zuzumuten. Für leidensadaptierte, körperlich leichte Tätigkeiten bestehe nach wie vor eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (100 %-Pensum mit einer Leistungsfähigkeit von 80 %; IV-Nr. 120). Am 9. März 2015 wurde beim Beschwerdeführer im E.\_\_\_\_ wegen Abdominalschmerzen bei bestehendem Verwachsungsbauch eine Adhäsiole (operatives Lösen von Verwachsungen) vorgenommen (IV-Nr. 122 S. 8 ff.).

## **E. 2**

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.5 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist.

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160).

2.6 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125V 351 E. 3b/cc S. 353).

2.7 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

2.8 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

3. Zunächst ist der medizinische Sachverhalt kurz darzulegen, wie er der Verfügung vom 3. April 2012 zu Grunde lag:

3.1 Dem polydisziplinären (internistischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten des G.\_\_\_\_ () vom 13. Dezember 2010 (Untersuchungen vom 27. Oktober sowie 3. und 4. November 2010) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit intermittierender ischialgiformer Ausstrahlung rechts > links, St.n. M. Scheuermann, degenerative LWS-Veränderungen mit Chondrosen L3/4 und L4/5, St.n. Fusion L4/5 am 08.06.2009 bei Spondylolyse L4 bds. mit belastungsabhängiger Spondylolisthesis L4/5, klinisch kein sicheres radikuläres Reiz-/Ausfallssyndrom, V.a. Schmerzverarbeitungsstörung, muskuläre Dysbalance; 2. V.a. idiopathische generalisierte Epilepsie». Die weitere Diagnose «Adipositas» hat nach den ärztlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Zusammenfassung und Beurteilung führten die Gutachter im Wesentlichen aus, der Explorand sei bis zur Krankenschreibung im Jahr 2007 in einer körperlich schweren Tätigkeit im Fassadenbau tätig gewesen. Zwischenzeitlich sei ihm die Stelle gekündigt worden. Primärer Grund für die Arbeitsunfähigkeit sei eine Rückenproblematik gewesen. Im weiteren Verlauf seien entsprechende Abklärungen durchgeführt und im Juni 2009 ein operativer Eingriff (Arthrodesen) durchgeführt worden. Die aktuelle psychiatrische Evaluation durch Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ergebe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Insofern seien dem Exploranden aus fachärztlicher psychiatrischer Sicht sämtliche Tätigkeiten zuzumuten. Die umfangreiche neurologische Beurteilung durch Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH für Neurologie, ergebe, dass dem Exploranden körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten, worunter auch die zuletzt auf dem Bau verrichtete Tätigkeit falle, aufgrund der Rückenproblematik wohl andauernd nicht mehr zumutbar seien. Körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, welche die Einschränkungen im Fachgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ berücksichtigten (Trage- und Hebelimit von 10 kg; IV-Nr. 53.1 S. 44), seien jedoch vollschichtig möglich, leidensbedingt sei eine Leistungseinschränkung von 20 % einzuräumen. Bezüglich der anamnestisch erwähnten Epilepsie sollten Tätigkeiten mit unregelmässigen Schlaf-Wachzeiten vermieden werden (keine Schichtarbeit), ebenso sollten Tätigkeiten mit Maschinen mit potentieller Selbst- und Fremdgefährdung vermieden werden. Die Arbeitsfähigkeit in einer alternativen Tätigkeit bestehe seit ca. Oktober 2009, das heisse etwa drei Monate nach Abschluss der Rehabilitation nach dem operativen Eingriff an der Lendenwirbelsäule. Diese Einschätzung sei durch alle involvierten Ärzte gemeinsam erfolgt (IV-Nr. 53.1 S. 27 ff.).

3.2 Hausarzt prakt. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Eingabe vom 14. März 2011 fest, der Patient müsse jeweils nach 30 bis 60 Minuten Stehen, Gehen oder Sitzen eine längere Liegepause einlegen. Er könne gerade noch kleine Besorgungen machen und leichte Hausarbeiten in kurzen Etappen verrichten. Die bisherigen medizinischen Massnahmen hätten nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit geführt. Der Patient brauche immer noch Morphinpflaster und melde sich regelmässig wegen Schmerzexazerbationen in der Praxis. Er sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Bestenfalls könnte im geschützten Rahmen ein Arbeitsversuch durchgeführt werden (IV-Nr. 60).

3.3 Dem Bericht der Neuropsychologie der Klinik H.\_\_\_\_, vom 2. November 2011 über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 18. bis 29. Oktober 2011 zur Anfallsabklärung und Medikamentenumstellung kann im Wesentlichen entnommen werden, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung vom 25. und

26. Oktober 2011 auf Körperfunktionsebene in den Bereichen «verbales Gedächtnis: Merkspanne, Lern- und Abrufleistung», «Aufmerksamkeit: selektive und geteilte», «Exekutivfunktionen: phonematische und figurale Ideenproduktion, Impulskontrolle, Flexibilität, Kategorisierung» und «Sprache (Schriftsprache, Verständnis) und Rechnen» leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen objektiviert werden konnten. Klinisch seien eine aufbrausende Art, eine unstrukturierte und vorschnelle Vorgehensweise, eine verminderte Belastbarkeit und ein Tremor der Hände aufgefallen. Die Störungseinsicht sei vermindert gewesen. Laut anamnestischen Angaben (Besuch der Hilfsschule ab der 2. Klasse) und der aktuellen Leistung in schulischen Fertigkeiten könnten Teilleistungsstörungen (Dyslexie und Dyskalkulie) vorbestehend sein. Aufgrund fehlender Vorbefunde bleibe unklar, inwiefern die übrigen Minderleistungen ebenfalls teilweise vorbestehend und/oder akzentuiert durch die Schmerzsymptomatik und den Morphiumentzug während der Abklärung seien. Dr. med. O.\_\_\_\_ (Chefarzt und Med. Direktor) sowie lic. phil. P.\_\_\_\_ (Psychologin FSP, Neuropsychologin) hielten fest, bei einer allfälligen beruflichen Tätigkeit sollten nicht zu viel Informationen angeboten und rascher Wechsel zwischen verschiedenen Aufgaben vermieden werden. Aufgrund der verminderten auditiven Aufnahmefähigkeit werde empfohlen, Anweisungen schriftlich abzugeben; allenfalls sollte sich der Patient Notizen machen (IV-Nr. 83 S. 15 ff.; vgl. auch Bericht der Klinik H.\_\_\_\_ zu Händen des E.\_\_\_\_ vom 7. November 2011, IV-Nr. 83 S. 6 ff.).

4. Demgegenüber präsentiert sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gemäss den aktuellen medizinischen Unterlagen wie folgt:

4.1 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären Gutachten der I.\_\_\_\_ [...], vom 10. September 2014 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 15. und 24. Juli sowie 15. August 2014 (internistisch, neurologisch [Federführung], orthopädisch/traumatologisch und psychiatrisch) begutachtet wurde. Die Diagnosen (aus allen untersuchten Fachgebieten) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Cerebrales Anfallsleiden (Verdacht auf genuine Epilepsie); 2. Chronisches lumbospondylogenes und lumbovertebrales Schmerz-syndrom mit/bei im MRI 2008 beschriebenen Diskopathien L3/4 und L4/5, Spinalkanalstenosen, Status nach Spondylodese L4/5 06/2009 bei vorbestehender Ventralisthesis Meyerding I sowie rumpfmuskulärem Globaldefizit und anhaltend statisch fehlbelastendem Übergewicht (BMI 34 kg/m<sup>2</sup>); 3. Aktivierte humero-glenoidale Schulterarthrose links mit intraartikulär caudal liegendem freien Gelenkkörper (MRI-Befund 15.08.2014) und Zustand nach Arthrotomie vor Jahren». Die weiteren, von den Gutachtern gestellten Diagnosen (4. Alkoholabhängigkeit [F10.2]; 5. Somatoforme Schmerzstörung [F45.4]; 6. Status nach operativer Behandlung eines Radiusköpfchenbruchs links, keine funktionellen Einbussen; 7. Status nach operativer Behandlung linker distaler Unterschenkel bei fraglicher Fraktur, keine funktionellen Einbussen; 8. Status nach fraglicher fibularer Bandruptur mit operativer Behandlung rechtes OSG, keine funktionellen Einbussen; 9. Status nach dreimaliger Laparotomie, zuletzt ca. 2012/2013; 10. Coxalgie links mit/bei klinisch eingeschränkter Beweglichkeit, unauffälliger Röntgenanatomie; 11. Adipositas, BMI 34 kg/m<sup>2</sup>; 12. Gastroösophagealer Reflux; 13. Obstipation unter Morphium-Therapie; 14. Nierenzyste links; 15. St.n. operativer Versorgung eines perforierten Ulcus duodeni (2001); 16. St.n. mehrfacher Hernienplastik bei Paraumbilicalhernie) haben gemäss ihren Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten (nach Konsens vom 4. September 2014) wurde ausgeführt, der Explorand leide an einem langjährigen Schmerzsyndrom der Lendenwirbelsäule. Eine operative Versteifung im Segment L4/5 im Juli 2009 bei einer nachgewiesenen Spondylosthese habe zu keiner nachhaltigen Schmerzreduktion führen können. Bis heute trage der Explorand anhaltende Beschwerden mit einer intermittierenden beidseitigen Lumboischialgie vor. Der orthopädische Gutachter diagnostiziere in diesem Kontext ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, darüber hinaus bestehe aufgrund von Beschwerden in der linken Schulter auch eine entsprechende Einschränkung der Beweglichkeit. Hieraus schlussfolgernd sei in Übereinstimmung mit dem neurologischen Fachgutachten, in dem ein degeneratives LWS-Syndrom ohne radikuläre Ausfälle beschrieben werde, eine Aufhebung der Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit als Bauarbeiter attestiert worden. Diese Einschätzung stehe auch in Übereinstimmung mit der letzten polydisziplinären Begutachtung der G. \_\_\_ im Dezember 2010. Dagegen sehe der orthopädische Fachgutachter eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit in der Größenordnung von 80 %, sofern die beschriebene Einschränkung des Belastungsprofils Berücksichtigung finde. Unter Würdigung der übrigen Fachgebiete (Psychiatrie, Innere Medizin und Neurologie) bestehe im Hinblick auf diese Feststellung inhaltlicher Konsens, sodass polydisziplinär von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit (zeitliches Pensum 100 %, Leistungsfähigkeit 80 %) auszugehen sei. Aus psychiatrischer Sicht sei darauf hinzuweisen, dass beim Exploranden eine somatoforme Schmerzstörung vorliege, ohne dass eine Komorbidität zu einer anderen versicherungsmedizinisch relevanten psychiatrischen Erkrankung festgestellt werden könne. Von internistischer Seite werde keine Erkrankung mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt. Der neurologische Gutachter diagnostiziere ein zusätzliches zerebrales Anfallsleiden mit entsprechenden Einschränkungen, die im nachfolgenden Belastungsprofil beschrieben seien. Dadurch entstehe aber keine zusätzliche quantitative Reduktion der Arbeitsfähigkeit.

Von der neurologischen Seite her betrachtet vermöge der Explorand leichte Tätigkeiten im Wechsel zwischen Gehen, Sitzen und Stehen zu bewältigen, wobei sämtliche Tätigkeiten in Zwangshaltungen (d.h. Überkopfarbeiten, Tätigkeiten in bückender oder kniender Position) nicht zumutbar seien. Im Übrigen seien aufgrund der Epilepsie sämtliche Tätigkeiten, die mit einer Eigengefährdung einhergingen, ausgeschlossen. Hierunter zu verstehen seien zum Beispiel Arbeiten auf Gerüsten und Leitern bzw. an laufenden Maschinen. Tätigkeiten unter Wechsel- und Nachtschichtbedingungen seien ebenfalls ausgeschlossen. Auch aus orthopädischer Sicht seien nur noch körperlich leichte Tätigkeiten vorstellbar. Diese Tätigkeiten müssten rückenadaptiert und an die linke Schulterpathologie adaptiert sein, somit keine Arbeiten in Zwangshaltungen wie vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend oder kauend und keine Tätigkeiten mit der linken Schulter in Überschulterhöhe. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit dem rechten Arm mit 15 kg, mit dem linken Arm mit 10 kg und beidarmig mit 15 kg limitiert.

Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, beim Exploranden werde seit dem 8. Januar 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dies gelte für die bisherige, körperlich schwere Tätigkeit als Bauarbeiter. Für eine angepasste Tätigkeit könne dieser Einschätzung nicht gefolgt werden, wenn man das beschriebene Restleistungsvermögen betrachte. Für angepasste Tätigkeiten bestehe seit ca. Oktober 2009, d.h. etwa drei Monate nach Abschluss der Rehabilitation nach dem operativen Eingriff an

der Lendenwirbelsäule, eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung durch die G.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2010 sei ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit beschrieben worden.

Abschliessend wurde zur Prognose festgehalten, im Hinblick auf die Epilepsie sei eine Verbesserung mit Reduktion der Anfallsfrequenz, gegebenenfalls auch eine Anfallsfreiheit nach Modifikation der antikonvulsiven Medikation denkbar. Im Übrigen sei auch eine Besserung des Schmerzsyndroms wahrscheinlich, sofern ■ wie von psychiatrischer Seite empfohlen ■ eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Psychotherapie begonnen werde. Auch von orthopädischer Seite werde eine «als verhalten günstig» zu bewertende Prognose gestellt (IV-Nr. 111.1).

4.2 Vom 5. bis 7. September 2014 war der Beschwerdeführer nach einer Selbsteinweisung im E.\_\_\_\_, Chirurgische Klinik, hospitalisiert, wobei folgende Hauptdiagnosen gestellt wurden: «1. Bauchschmerzen bei Verwachsungsbauch, DD Subileus, St.n. medianer Laparotomie, ausgedehnte Adhäsiolyse, Narbenhernienrepair mittels Onlay-Mesh-Plastik (Vypro) 24.03.2013 bei Dünndarm-ileus bei Verwachsungsbauch und Narbenhernie, 1995 Status nach offener Appendektomie, 1997 Status nach Hernienplastik bei Umbilikalhernie, 2002 Status nach Übernähung eines perforierten Ulcus duodeni ([...]), 2005 Status nach konservativer Therapie bei Dünndarmileus, 2011 Status nach Laparoskopie, medianer Laparotomie und Adhäsiolyse bei Verwachsungsbauch; 2. Chronisches Schmerzsyndrom bei chronischem Lumbovertebralsyndrom, St.n. Fusion L4/5 06/09 bei Spondylyolyse L4 bds. und belastungsabhängiger Spondylithese L4/5 (fecit Dr. Q.\_\_\_\_), MRI-LWS 02/10: leichte linkskonvexe Skoliose der LWS, mässige Diskopathie im Segment LWK3/4 mit breitbasiger Diskusprotrusion, erosive Osteochondrose». Als Nebendiagnosen wurden rezidivierende epileptische Ereignisse bei Grand-mal-Epilepsie sowie ein Verdacht auf eine depressive Entwicklung angegeben. Nach den ärztlichen Angaben zeigten sich die Schmerzen im Verlauf regredient, sodass der Patient in gutem Allgemeinzustand mit Analgetika nach Hause habe entlassen werden können (IV-Nr. 114 S. 3 ff.).

4.3 Vom 9. bis 20. März 2015 war der Beschwerdeführer erneut im E.\_\_\_\_ hospitalisiert, wobei er von seinem Hausarzt eingewiesen und am 9. März 2015 am Bauch operiert wurde (Operation nach Rives und Adhäsiolyse). Es wurde ausgeführt, postoperativ klagte der Patient über viele Schmerzen im rechten Unterbauch und habe mehrmals eine Emesis (Erbrechen) ohne Blutbeimengung erlitten. Nach dem Ausbau der Schmerzmedikation und Gabe von Prokinetika seien die Emesis und die Schmerzen regredient gewesen. Der Patient habe am 20. März 2015 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Bericht vom 19. März 2015; IV-Nr. 122 S. 8 ff.).

4.4 Aus dem nachgereichten Untersuchungsbericht des E.\_\_\_\_, Memory Clinic (lic. phil. R.\_\_\_\_, Neuropsychologin), vom 19. Januar 2016 geht im Wesentlichen hervor, der Patient sei am 1. Oktober 2015 neuropsychologisch untersucht worden. Bereits bei der Anamnese habe er angegeben, nicht gut geschlafen zu haben und sehr müde zu sein. Bei schwankender Motivation sowie dem wiederholten Hinweis des Patienten, dass er für die Testung zu müde sei, sei diese abgebrochen und im Anschluss ein weiterer Termin vereinbart worden. Die anschliessende medizinische Untersuchung vom 21. Oktober 2015 sowie die zweite neuropsychologische Untersuchung vom 22. Oktober 2015 habe der Patient abgesagt. Einige Zeit später habe er sich erneut gemeldet mit der Bitte, die neuropsychologische Untersuchung doch noch durchführen zu wollen. Es sei ein neuer Termin (7. Januar 2016)

vereinbart worden, zu welchem der Patient nicht erschienen sei. Auf telefonische Nachfrage habe er angegeben, es vergessen zu haben. Ein neuer Termin sei im Einverständnis mit dem Patienten nicht mehr vereinbart worden. Ein vollständiger Status habe nicht erhoben werden können, insbesondere liege kein Befund vor bezüglich räumlich-konstruktiver Funktionen, Aufmerksamkeitsfunktionen, visuellem Gedächtnis sowie grösstenteils der exekutiven Funktionen. Ebenso unbekannt sei das Ausmass depressiver Symptome. Es fehlten darüber hinaus eine Fremdanamnese sowie differenzierte Angaben über die prämorbid Persönlichkeit des Patienten.

Die medizinischen Diagnosen (gemäss Austrittsbericht des E.\_\_\_\_ [Dr. med. S.\_\_\_\_] vom 27. August 2015) lauteten wie folgt: «1. Idiopathische Epilepsie, aktuell: Aura ohne Krampfanfall, St.n. Absenzenepilepsie in der Kindheit, 03/09 St.n. zweimalig provoziertem generalisiertem epileptischem Anfall bei KM-Gabe im Rahmen einer Myelographie, MRI Neurokranium 23.09.2011: Vereinzelt kleinere Gliosen periventrikulär/subcortical, keine Ischämie oder Blutung, keine MS-typischen Plaques, regelrechte Gefässdarstellung, keine Aneurysmata, keine AV-Malformation, nach Kontrastmittelgabe kein vermehrtes meningeales Enhancement, keine Störung Blut-Hirn-Schranke, kein KM-enhancender, raumfordernder Prozess. Beurteilung: diskrete Zeichen einer vaskulären Leukenzephalopathie, EEG 23.09.11: Diffuse Funktionsstörung/Verlangsamung, epilepsieforme Potentiale, St.n. Hospitalisation aufgrund Anfallshäufung bei subtherapeutischem Valproatspiegel 08/2015; 2. Kognitives Defizit unklarer Ätiologie DD im Rahmen St.n. multiplen epileptischen Anfällen. DD prolongiertes postiktiales kognitives Defizit, DD beginnende demenzielle Entwicklung, DD bei aktenanamnestisch depressiver Störung, MMS/Uhrentest 12.08.2015: 23/30 bzw. 4/7 Punkte».

Zur neuropsychologischen Diagnose wurde festgehalten, bei unvollständiger Testung sowie nicht ausreichend valider Daten sei eine neuropsychologische Störung unbekanntes Ausmasses möglich. Unter dem Titel «Problemanamnese» wurde ausgeführt, der Patient gebe an, seit dem epileptischen Anfall vom 9. August 2015 falle eine Veränderung der geistigen Leistungsfähigkeit auf, die sich seither leicht verbessert habe. Im Vordergrund stehe eine Vergesslichkeit, wobei er vor allem «kleinere» Dinge vergesse, z.B. in einem Restaurant nachträglich bezahlen zu gehen. Sein Kollege habe ihm auch schon gesagt, er erzähle wiederholt dasselbe. Zudem fielen ihm Wortfindungsstörungen auf und beim Lesen benötige er mehr Zeit als früher. Im Alltag sei er durchwegs selbstständig, kaufe ein, zahle die Rechnungen und nehme die Medikamente regelmässig ohne Schwierigkeiten ein. Auto fahre er aktuell nicht, da er wegen Drogen- und Alkoholkonsum den Fahrausweis habe abgeben müssen. Affektiv sei die Stimmung gut. Er müsse sich ab und zu einen Ruck geben, aber im Allgemeinen sei der Antrieb gut. Der Schlaf und der Appetit seien ebenfalls gut.

Die Beurteilung lautete schliesslich dahingehend, aufgrund der unvollständigen Testuntersuchung könne kein vollständiges Bild der Leistungsfähigkeit des Patienten erstellt werden: Es seien Hinweise auf Einbussen im verbalen Gedächtnis vorhanden. Im Bereich der Exekutivfunktionen seien die Leistungen in der Aufgabe zur Flexibilität sowie zur figuralen Flüssigkeit deutlich vermindert. Die Interferenzanfälligkeit scheine unauffällig. Die Befunde reichten nicht aus, um die Diagnose einer neuropsychologischen Störung zu rechtfertigen, könnten diese aber auch nicht ausschliessen (A.S. 62 ff.).

4.5 Dem vom Gericht veranlassten polydisziplinären Gutachten des K.\_\_\_\_ vom 18. September 2017 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 18. und

23. Mai, 15. Juni sowie 21. Juli 2017 allgemeininternistisch (Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, Fallführer), orthopädisch-traumatologisch (Dr. med. U.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), neurologisch (Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH), neuropsychologisch (Dr. sc. hum. Dipl. Psych. W.\_\_\_\_) und psychiatrisch (Dr. med. X.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) untersucht und begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Chronisches pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei Facettengelenksarthrose LWK 5/SWK 1 beidseits und Status nach Spondylodese LWK 4/5 (06/2009); 2. Omarthrose links mit konzentrischer Bewegungseinschränkung; 3. Idiopathische (genetisch verursachte) Epilepsie, anamnestisch Absencen in der Kindheit, Grand mal Anfälle im Erwachsenenalter, teils provoziert (EM 3/2009); 4. Iatrogene Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F11.24)». Die weiteren gestellten Diagnosen (5. Adipositas Grad III nach WHO; 6. Hyperlipidämie; 7. Beginnende Coxarthrose links ohne Funktionsdefizit; 8. Senk-Spreiz-Plattfuss beidseits; 9. Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung (Stellungnahme zur aktuellen Situation, Ziff. 7.3) wurde im Wesentlichen angegeben, aktuell leide der Explorand stark an Rückenschmerzen. Er könne nicht arbeiten, weil er wegen der Schmerzen nicht den ganzen Tag sitzen, laufen oder stehen könne. Nur im Liegen seien die Schmerzen erträglich bei VAS 5-6/10. Die Obstipationsbeschwerden mit dem verdickten, harten Stuhl, den er alle 7 bis 10 Tage habe, seien sehr schmerzhaft. Wenn er Stuhldrang verspüre, würden 2 bis 3 Stunden vergehen, bis er stuhlen könne. Dies beinhalte die eigene manuelle Ausräumung und verschiedene Lagewechsel. Wenn es nicht klappe, gehe er auf die Notfallstelle, wo er mit Einläufen behandelt werde, bis er nach 3 bis 4 Stunden unter grossen Schmerzen seinen Darm entleeren könne. Jedes Mal nach diesem schmerzhaften mühsamen Stuhlgang würden noch stichartige Rückenschmerzen dazukommen, sodass er nach dem Stuhlgang 1 bis 2 Ampullen Morphium benötige. In psychischer Hinsicht klage er über keine Beschwerden. Selbsteinschätzend beurteile sich der Explorand als nicht mehr arbeitsfähig.

Die chirurgisch-internistische Untersuchung ergebe das Bild eines 49-jährigen adipösen, kardiopulmonal kompensierten Exploranden mit einem metabolischen Syndrom. Der klinische Status sei altersentsprechend normal, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder eine Lungenerkrankung. Für die in der Abdomen-Untersuchung angegebenen Druckdolenzen liessen sich bei einem unauffälligen Abdomen-Übersichtsröntgen keine Anhaltspunkte für eine Koprostase oder Passagestörung feststellen. Im Neurostatus liessen sich keine pathologischen Befunde erheben. Korrelierend dazu finde man bis auf eine Hypercholesterinämie und vermindertes HDL-Cholesterin sowie leicht erhöhtes CRP durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Aus chirurgisch-internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistätigkeit.

Bei der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung habe sich eine aktiv und passiv konzentrisch eingeschränkte Beweglichkeit des linken Schultergelenkes gezeigt. Der

aktuelle radiologische Befund des linken Schultergelenkes stelle eine fortgeschrittene Omarthrose dar. Dabei handle es sich um einen dauerhaft verbleibenden Befund, der die Arbeitsfähigkeit des Exploranden für Tätigkeiten oberhalb der Horizontalen mit dem linken (adominanten) Arm (Über-Kopf-Arbeiten) und mit vermehrtem Einsatz des linken Armes in Brusthöhe einschränke. Das Stehen des Exploranden sei in Schonhaltung mit 15 Grad vorgeneigtem Oberkörper erfolgt. Die Lendenwirbelsäule sei gering eingeschränkt indolent beweglich gewesen. Radiologisch zeigten sich reizlos einliegendes Spondylodesematerial und mässige degenerative Veränderungen im Bereich der Facettengelenke LWK 5/SWK 1 beidseits. Aufgrund des klinischen und radiologischen Befundes der Lendenwirbelsäule bestehe eine Einschränkung für körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und häufigem Bücken. Die vom Exploranden angegebenen belastungsabhängigen Beschwerden im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Beine seien nachvollziehbar, jedoch nicht in den angegebenen Schmerzstärken. Die Adipositas des Exploranden bedeute eine unphysiologische Überbelastung der Wirbelsäule und der Gelenke beider unterer Extremitäten. In der zuletzt ausgeübten, körperlich schweren Tätigkeit als Allrounder auf Baustellen bestehe aufgrund der degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule und des linken Schultergelenkes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Exploranden seit dem 8. Januar 2008. In einer leidensadaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Tätigkeiten in Brusthöhe und oberhalb der Horizontalen mit dem linken (adominanten) Arm, ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und ohne häufiges Bücken bestehe ab Oktober 2009 (etwa 3 Monate nach der erfolgten Rehabilitation) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit des Exploranden aufgrund eines gering vermehrten Pausenbedarfs.

Im Weiteren wurde ausgeführt, bei der neurologischen Untersuchung sei die Einschätzung der Aktivität der Epilepsie des Exploranden erschwert, da er häufig nur sehr ungenaue Angaben machen könne und die Anfallsfrequenz auch aus den Arztbriefen nicht genau hervorgehe. Aus ähnlichem Grund sei die Behandlung erschwert, da die Einschätzung, ob ein Medikament wirke oder nicht, valide Angaben erfordere. Aktuell habe der Explorand angegeben, seit ca. 1 bis 1,5 Jahren anfallsfrei zu sein. Kritisch sei auch der Opiatgebrauch. Laut «Kompendium» müsse bei einer Epilepsie die Anwendung einer multiplen subpialen Transsektion (MST) «mit Vorsicht» erfolgen, gelegentlich würden Konvulsionen auftreten. Bezüglich der chronischen Rückenschmerzen des Exploranden sei die aktuelle Beschwerdeschilderung nahezu identisch mit den Angaben im G.\_\_\_\_-Gutachten vom Dezember 2010, jedoch würden die Beschwerden und auch die entsprechenden Einschränkungen im Rahmen der aktuellen Teilbegutachtungen immer etwas anders geschildert. Die Beschreibung der Schmerzen sei nicht verdächtig für eine radikuläre Symptomatik. Der Explorand schildere keine klare radikuläre Schmerz-ausstrahlung. Das vom Exploranden angegebene Taubheitsgefühl im Bereich des Unterschenkels unter Aussparung des Fusses sei nicht anatomisch strukturell zu erklären. Bezüglich des Rückens sei von einem chronischen lumbalen Schmerzsyndrom auszugehen. Bei chronischen lumbalen Rückenschmerzen bestehe aus neurologischer Sicht keine Indikation für eine dauerhafte Therapie mit Opioiden und erst recht nicht für eine Bedarfsmedikation mit selbst zu injizierendem Morphin. Wegen der Epilepsie bestünden die üblichen qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mit Arbeitsunfähigkeit für Arbeiten mit Eigen- und Fremdgefährdung. Dabei wäre in der angestammten Tätigkeit des Exploranden als Bauhilfsarbeiter insbesondere die Absturzgefahr zu nennen. Der Explorand dürfe derzeit bei seinen Anfällen mit Bewusstseinsverlust (Gefährdungskategorie C) und der derzeitigen

Anfallsfrequenz (weniger als 2 Jahre anfallsfrei) sicher nicht in Höhen über einem Meter arbeiten. Ob an einem entsprechenden Arbeitsplatz zusätzlich eine Eigengefährdung bestehe, müsste in der konkreten Situation am Arbeitsplatz beurteilt werden. Ein regelmässiger Schlaf-Wach-Rhythmus erscheine bei idiopathischen Epilepsien günstig, insofern sollte keine Schichtarbeit erfolgen. Die Fahreignung sei im Falle einer aktiven Epilepsie eingeschränkt. Aus rein neurologischer Sicht sei bei fehlender neurologischer Erklärung und insbesondere bei fehlendem Nachweis einer strukturellen Läsion die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bis auf die epilepsiebedingten Einschränkungen zu 100 % möglich. Bei den chronischen Beschwerden würde man aber sicherlich auch aus neurologischer Sicht eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit empfehlen.

In der neuropsychologischen Exploration könne beim Exploranden keine neuropsychologische Störung attestiert oder ausgeschlossen werden, da man die unterdurchschnittlichen Ergebnisse seines verbalen Gedächtnisses nicht ohne Berücksichtigung seiner schwankenden Motivation interpretieren könne. Ob er beeinträchtigte verbale Gedächtnisfunktionen habe, könne somit weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Seine Fähigkeit zu lesen und zu rechnen sei eingeschränkt gewesen, wie es seit Kindheit bekannt sei. Seine Aufmerksamkeitsfunktionen und seine Fähigkeit zum logischen Denken und Planen seien grenzwertig im unteren Normbereich gelegen und stellten keinen Krankheitswert dar. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung im Januar 2016 seien ähnlich zu denjenigen der aktuellen Untersuchung gewesen. Die Arbeitsfähigkeit müsse aus gesamtmedizinischer Sicht beurteilt werden.

Ferner stehe bei der psychiatrischen Exploration beim Exploranden im Zusammenhang mit dem Schmerzsyndrom eine iatrogene Störung durch Opioide, ein Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F11.24), im Vordergrund, was sowohl die Anamnese als auch die Laborbefunde eindeutig belegten. Diese wirke sich einerseits auf seine Arbeitsfähigkeit und andererseits auch auf seine Fahrfähigkeit aus. Im Weiteren stehe beim Exploranden ein subjektives Schmerzsyndrom im Vordergrund. Aufgrund der vom Exploranden angegebenen körperlichen Schmerzen und deren nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat bestehe aus psychiatrischer Sicht eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Die Ausprägung dieser Störung sei funktionell leicht. Aus psychiatrischer Sicht bestehe beim Exploranden aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der iatrogenen Morphinabhängigkeit. Nach adäquater Behandlung im Sinne einer schrittweisen Absetzung könne diesbezüglich mit dem Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden.

Unter dem Titel «Auffälligkeiten und Diskrepanzen» wurde im Wesentlichen angegeben, das Verhalten des Exploranden bei den einzelnen Untersuchungen sei unterschiedlich gewesen, sodass die Untersuchungsergebnisse unterschiedlich ausgefallen seien, insbesondere bei der orthopädischen bzw. neurologischen Untersuchung und beim Grundgutachten. Insgesamt werde beobachtet, dass der Explorand während der Anamneseerhebung nur dann ein Schmerzverhalten zeige, wenn über die Schmerzen gesprochen werde. Das Verhalten wirke demonstrativ. Eine Spritze habe sich der Explorand nur während der Anamnese beim Grundgutachten gesetzt. Die linke Schulter werde bei allen Untersuchungen ausserhalb der Untersuchungssituation frei bewegt und der Explorand stütze sich darauf auch ab. Im Rahmen der direkten Untersuchung habe er sowohl bei der Grundbegutachtung als auch bei der orthopädischen und neurologischen Begutachtung eine deutliche Einschränkung der

Beweglichkeit angeben. Die halbjährlichen Kontrollen beim Neurologen Dr. med. Y.\_\_\_\_, [...], seien im Grundgutachten nicht angegeben worden. Der Tagesablauf werde bei den einzelnen Teilgutachtern völlig unterschiedlich geschildert. Das Gewicht sei nur beim Psychiater als Problem bezeichnet worden. Auch Erstickungsgefühle in der Nacht seien nur gegenüber dem Psychiater erwähnt worden. Der frühere Kokainkonsum sei nur im neurologischen und psychiatrischen Teilgutachten angegeben worden. Sämtlichen Gutachtern seien diskrepante zeitliche Angaben aufgefallen. Diese seien im Rahmen der Zeitgitterstörung zu interpretieren. Weitere Diskrepanzen seien direkt in den Teilgutachten beschrieben worden.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Explorand aus rheumatologischer (recte: orthopädischer) Sicht für seine angestammte Tätigkeit 100 % arbeitsunfähig. In einer leidensadaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Tätigkeiten in Brusthöhe und oberhalb der Horizontalen mit dem linken (adominanten) Arm, ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und ohne häufiges Bücken bestehe ab Oktober 2009 (etwa 3 Monate nach der erfolgten Rehabilitation) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit des Exploranden aufgrund eines gering vermehrten Pausenbedarfs. Aus neurologischer Sicht sei der Explorand in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau nicht mehr arbeitsfähig. Bei fehlender neurologischer Erklärung und insbesondere bei fehlendem Nachweis einer strukturellen Läsion bestehe in einer angepassten, leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Arbeiten auf über einem Meter Höhe und ohne das Führen von Maschinen mit Eigen- und Fremdgefährdung aus neurologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei der Explorand aufgrund der primären Opiatsucht vorübergehend 100 % arbeitsunfähig. Aus internistischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche in Frage kommenden Tätigkeiten.

Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit der aktuellen Begutachtung. Aus somatischer Sicht sei der Explorand seit Januar 2008 zu 100 % arbeitsunfähig. Die damals geklagten Rückenbeschwerden seien im Juni 2009 schliesslich operativ behandelt worden. Davor hätten deutliche degenerative Veränderungen bestanden, welche eine Tätigkeit auf dem Bau verunmöglicht hätten. Ca. 3 Monate nach der Spondylodese L4/5 im Juni 2009, d.h. ab Oktober 2009, wäre eine angepasste Tätigkeit gemäss dem ermittelten Belastungsprofil aus somatischer Sicht möglich gewesen, wie auch in den beiden Gutachten der G.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2010 und der I.\_\_\_\_ vom 10. September 2014 attestiert worden sei. Bezüglich der psychiatrischerseits attestierten vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der primären Opiatsucht gelte die Einschränkung seit der aktuellen Begutachtung. Aufgrund der Aktenlage könne der Beginn der Opiatsucht nicht eindeutig bestimmt werden. Diese Sucht sei in der aktuellen Begutachtung erstmals diagnostiziert worden und könne Ursache für die beschriebenen Auffälligkeiten im Verhalten sein. Der Explorand sei dadurch in seinem Alltag deutlich eingeschränkt (siehe u.a. Mini-ICF-APP und Tagesablauf).

In der zuletzt ausgeübten, körperlich schweren Tätigkeit als Allrounder auf Baustellen werde aufgrund der degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule und des linken Schultergelenkes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Exploranden seit dem 8. Januar 2008 eingeschätzt. Auch in einer leidensadaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Tätigkeiten in Brusthöhe und oberhalb der Horizontalen mit dem linken (adominanten) Arm, ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und

ohne häufiges Bücken, ohne Arbeiten in über einem Meter Höhe, ohne Tätigkeiten an Maschinen mit Eigen- und Fremdgefährdung und ohne Schichtarbeiten sei der Explorand seit der aktuellen Begutachtung vorübergehend zu 100 % arbeitsunfähig. Davor habe ab Oktober 2009 (etwa drei Monate nach der erfolgten Rehabilitation) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit des Exploranden aufgrund eines gering vermehrten Pausenbedarfs bestanden. Eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung werde sechs bis zwölf Monate nach dem Opiatentzug empfohlen.

Aus orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht sollte ein anfänglich stationärer Opiatentzug in einem multimodalen Setting durchgeführt werden. Die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit werde nach dem Opiatentzug als positiv beurteilt. Eine Gewichtsreduktion sei von der orthopädisch-traumatologischen Seite dringend notwendig, um eine rasche Progredienz der degenerativen Veränderungen der LWS und beider Knie zu vermeiden. Aus neurologischer Sicht sei auf einen regelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus zu achten. Auf Alkohol sollte weiterhin verzichtet werden. Aus internistischer Sicht sollte die Hyperlipidämie gemäss ESC-Guidelines behandelt werden. Berufliche Massnahmen wären aus medizinischer Sicht indiziert, jedoch in Anbetracht der Aggravation und der fehlenden Motivation überwiegend wahrscheinlich nicht erfolgversprechend (A.S. 76 ff.).

## **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

## **E. 2.3**

2.3.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter -88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2

S. 205). Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanschuldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanschuldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222). 2.3.2 Im vorliegenden Fall zu prüfen, ob nach einem Vergleich des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 3. April 2012 mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2015 eine anspruchswirksame Veränderung bzw. eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist. Das mit Neuanschuldung vom 21. September 2012 eingeleitete Verfahren, welches mit Nichteintretensverfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Februar 2013 abgeschlossen wurde, fällt als Vergleichszeitpunkt ausser Betracht.

#### **E. 2.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

2.5 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines

Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 2.6 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125V 351 E. 3b/cc S. 353). 2.7 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4). 2.8 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäußerungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen). 3. Zunächst ist der medizinische Sachverhalt kurz darzulegen, wie er der Verfügung vom 3. April 2012 zu Grunde lag: 3.1 Dem polydisziplinären (internistischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten des G.\_\_\_\_ () vom 13. Dezember 2010 (Untersuchungen vom 27. Oktober sowie 3. und 4. November 2010) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit intermittierender ischialgiformer Ausstrahlung rechts > links, St.n. M. Scheuermann, degenerative LWS-Veränderungen mit Chondrosen L3/4 und L4/5, St.n. Fusion L4/5 am

08.06.2009 bei Spondylolyse L4 bds. mit belastungsabhängiger Spondylolisthesis L4/5, klinisch kein sicheres radikuläres Reiz-/Ausfallssyndrom, V.a. Schmerzverarbeitungsstörung, muskuläre Dysbalance; 2. V.a. idiopathische generalisierte Epilepsie». Die weitere Diagnose «Adipositas» hat nach den ärztlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Zusammenfassung und Beurteilung führten die Gutachter im Wesentlichen aus, der Explorand sei bis zur Krankschreibung im Jahr 2007 in einer körperlich schweren Tätigkeit im Fassadenbau tätig gewesen. Zwischenzeitlich sei ihm die Stelle gekündigt worden. Primärer Grund für die Arbeitsunfähigkeit sei eine Rückenproblematik gewesen. Im weiteren Verlauf seien entsprechende Abklärungen durchgeführt und im Juni 2009 ein operativer Eingriff (Arthrodesen) durchgeführt worden. Die aktuelle psychiatrische Evaluation durch Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ergebe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Insofern seien dem Exploranden aus fachärztlicher psychiatrischer Sicht sämtliche Tätigkeiten zuzumuten. Die umfangreiche neurologische Beurteilung durch Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH für Neurologie, ergebe, dass dem Exploranden körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten, worunter auch die zuletzt auf dem Bau verrichtete Tätigkeit falle, aufgrund der Rückenproblematik wohl andauernd nicht mehr zumutbar seien. Körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, welche die Einschränkungen im Fachgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ berücksichtigten (Trage- und Hebelimit von 10 kg; IV-Nr. 53.1 S. 44), seien jedoch vollschichtig möglich, leidensbedingt sei eine Leistungseinschränkung von 20 % einzuräumen. Bezüglich der anamnestisch erwähnten Epilepsie sollten Tätigkeiten mit unregelmässigen Schlaf-Wachzeiten vermieden werden (keine Schichtarbeit), ebenso sollten Tätigkeiten mit Maschinen mit potentieller Selbst- und Fremdgefährdung vermieden werden. Die Arbeitsfähigkeit in einer alternativen Tätigkeit bestehe seit ca. Oktober 2009, das heisse etwa drei Monate nach Abschluss der Rehabilitation nach dem operativen Eingriff an der Lendenwirbelsäule. Diese Einschätzung sei durch alle involvierten Ärzte gemeinsam erfolgt (IV-Nr. 53.1 S. 27 ff.). 3.2 Hausarzt prakt. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Eingabe vom 14. März 2011 fest, der Patient müsse jeweils nach 30 bis 60 Minuten Stehen, Gehen oder Sitzen eine längere Liegepause einlegen. Er könne gerade noch kleine Besorgungen machen und leichte Hausarbeiten in kurzen Etappen verrichten. Die bisherigen medizinischen Massnahmen hätten nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit geführt. Der Patient brauche immer noch Morphinplaster und melde sich regelmässig wegen Schmerzexazerbationen in der Praxis. Er sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Bestenfalls könnte im geschützten Rahmen ein Arbeitsversuch durchgeführt werden (IV-Nr. 60). 3.3 Dem Bericht der Neuropsychologie der Klinik H.\_\_\_\_, vom 2. November 2011 über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 18. bis 29. Oktober 2011 zur Anfallsabklärung und Medikamentenumstellung kann im Wesentlichen entnommen werden, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung vom 25. und 26. Oktober 2011 auf Körperfunktionsebene in den Bereichen «verbales Gedächtnis: Merkspanne, Lern- und Abrufleistung», «Aufmerksamkeit: selektive und geteilte», «Exekutivfunktionen: phonematische und figurale Ideenproduktion, Impulskontrolle, Flexibilität, Kategorisierung» und «Sprache (Schriftsprache, Verständnis) und Rechnen» leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen objektiviert werden konnten. Klinisch seien eine aufbrausende Art, eine unstrukturierte und vorschnelle Vorgehensweise, eine verminderte Belastbarkeit und ein Tremor der Hände aufgefallen. Die Störungseinsicht sei vermindert gewesen. Laut anamnestischen Angaben (Besuch der Hilfsschule ab der

2. Klasse) und der aktuellen Leistung in schulischen Fertigkeiten könnten Teilleistungsstörungen (Dyslexie und Dyskalkulie) vorbestehend sein. Aufgrund fehlender Vorbefunde bleibe unklar, inwiefern die übrigen Minderleistungen ebenfalls teilweise vorbestehend und/oder akzentuiert durch die Schmerzsymptomatik und den Morphiumentzug während der Abklärung seien. Dr. med. O.\_\_\_\_ (Chefarzt und Med. Direktor) sowie lic. phil. P.\_\_\_\_ (Psychologin FSP, Neuropsychologin) hielten fest, bei einer allfälligen beruflichen Tätigkeit sollten nicht zu viel Informationen angeboten und rascher Wechsel zwischen verschiedenen Aufgaben vermieden werden. Aufgrund der verminderten auditiven Aufnahmefähigkeit werde empfohlen, Anweisungen schriftlich abzugeben; allenfalls sollte sich der Patient Notizen machen (IV-Nr. 83 S. 15 ff.; vgl. auch Bericht der Klinik H.\_\_\_\_ zu Händen des E.\_\_\_\_ vom 7. November 2011, IV-Nr. 83 S. 6 ff.). 4. Demgegenüber präsentiert sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gemäss den aktuellen medizinischen Unterlagen wie folgt: 4.1 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären Gutachten der I.\_\_\_\_ [...], vom 10. September 2014 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 15. und 24. Juli sowie 15. August 2014 (internistisch, neurologisch [Federführung], orthopädisch/traumatologisch und psychiatrisch) begutachtet wurde. Die Diagnosen (aus allen untersuchten Fachgebieten) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Cerebrales Anfallsleiden (Verdacht auf genuine Epilepsie); 2. Chronisches lumbospondylogenes und lumbovertebrales Schmerz-syndrom mit/bei im MRI 2008 beschriebenen Diskopathien L3/4 und L4/5, Spinalkanalstenosen, Status nach Spondylodese L4/5 06/2009 bei vorbestehender Ventralisthese Meyerding I sowie rumpfmuskulärem Globaldefizit und anhaltend statisch fehlbelastendem Übergewicht (BMI 34 kg/m<sup>2</sup>); 3. Aktivierte humero-glenoidale Schulterarthrose links mit intraartikulär caudal liegendem freiem Gelenkkörper (MRI-Befund 15.08.2014) und Zustand nach Arthrotomie vor Jahren». Die weiteren, von den Gutachtern gestellten Diagnosen (4. Alkoholabhängigkeit [F10.2]; 5. Somatoforme Schmerzstörung [F45.4]; 6. Status nach operativer Behandlung eines Radiusköpfchenbruchs links, keine funktionellen Einbussen; 7. Status nach operativer Behandlung linker distaler Unterschenkel bei fraglicher Fraktur, keine funktionellen Einbussen; 8. Status nach fraglicher fibularer Bandruptur mit operativer Behandlung rechtes OSG, keine funktionellen Einbussen; 9. Status nach dreimaliger Laparotomie, zuletzt ca. 2012/2013; 10. Coxalgie links mit/bei klinisch eingeschränkter Beweglichkeit, unauffälliger Röntgenanatomie; 11. Adipositas, BMI 34 kg/m<sup>2</sup>; 12. Gastroösophagealer Reflux; 13. Obstipation unter Morphium-Therapie; 14. Nierenzyste links; 15. St.n. operativer Versorgung eines perforierten Ulcus duodeni (2001); 16. St.n. mehrfacher Hernienplastik bei Paraumbilicalhernie) haben gemäss ihren Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten (nach Konsens vom 4. September 2014) wurde ausgeführt, der Explorand leide an einem langjährigen Schmerzsyndrom der Lendenwirbelsäule. Eine operative Versteifung im Segment L4/5 im Juli 2009 bei einer nachgewiesenen Spondylosthese habe zu keiner nachhaltigen Schmerzreduktion führen können. Bis heute trage der Explorand anhaltende Beschwerden mit einer intermittierenden beidseitigen Lumboischialgie vor. Der orthopädische Gutachter diagnostiziere in diesem Kontext ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, darüber hinaus bestehe aufgrund von Beschwerden in der linken Schulter auch eine entsprechende Einschränkung der Beweglichkeit. Hieraus schlussfolgernd sei in Übereinstimmung mit dem neurologischen Fachgutachten, in dem ein degeneratives LWS-Syndrom ohne radikuläre Ausfälle beschrieben werde, eine Aufhebung der

Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit als Bauarbeiter attestiert worden. Diese Einschätzung stehe auch in Übereinstimmung mit der letzten polydisziplinären Begutachtung der G.\_\_\_\_ im Dezember 2010. Dagegen sehe der orthopädische Fachgutachter eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit in der Grössenordnung von 80 %, sofern die beschriebene Einschränkung des Belastungsprofils Berücksichtigung finde. Unter Würdigung der übrigen Fachgebiete (Psychiatrie, Innere Medizin und Neurologie) bestehe im Hinblick auf diese Feststellung inhaltlicher Konsens, sodass polydisziplinär von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit (zeitliches Pensum 100 %, Leistungsfähigkeit 80 %) auszugehen sei. Aus psychiatrischer Sicht sei darauf hinzuweisen, dass beim Exploranden eine somatoforme Schmerzstörung vorliege, ohne dass eine Komorbidität zu einer anderen versicherungsmedizinisch relevanten psychiatrischen Erkrankung festgestellt werden könne. Von internistischer Seite werde keine Erkrankung mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt. Der neurologische Gutachter diagnostiziere ein zusätzliches zerebrales Anfallsleiden mit entsprechenden Einschränkungen, die im nachfolgenden Belastungsprofil beschrieben seien. Dadurch entstehe aber keine zusätzliche quantitative Reduktion der Arbeitsfähigkeit. Von der neurologischen Seite her betrachtet vermöge der Explorand leichte Tätigkeiten im Wechsel zwischen Gehen, Sitzen und Stehen zu bewältigen, wobei sämtliche Tätigkeiten in Zwangshaltungen (d.h. Überkopparbeiten, Tätigkeiten in bückender oder kniender Position) nicht zumutbar seien. Im Übrigen seien aufgrund der Epilepsie sämtliche Tätigkeiten, die mit einer Eigengefährdung einhergingen, ausgeschlossen. Hierunter zu verstehen seien zum Beispiel Arbeiten auf Gerüsten und Leitern bzw. an laufenden Maschinen. Tätigkeiten unter Wechsel- und Nachtschichtbedingungen seien ebenfalls ausgeschlossen. Auch aus orthopädischer Sicht seien nur noch körperlich leichte Tätigkeiten vorstellbar. Diese Tätigkeiten müssten rückenadaptiert und an die linke Schulterpathologie adaptiert sein, somit keine Arbeiten in Zwangshaltungen wie vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend oder kauend und keine Tätigkeiten mit der linken Schulter in Überschulterhöhe. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit dem rechten Arm mit 15 kg, mit dem linken Arm mit 10 kg und beidarmig mit 15 kg limitiert. Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, beim Exploranden werde seit dem 8. Januar 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dies gelte für die bisherige, körperlich schwere Tätigkeit als Bauarbeiter. Für eine angepasste Tätigkeit könne dieser Einschätzung nicht gefolgt werden, wenn man das beschriebene Restleistungsvermögen betrachte. Für angepasste Tätigkeiten bestehe seit ca. Oktober 2009, d.h. etwa drei Monate nach Abschluss der Rehabilitation nach dem operativen Eingriff an der Lendenwirbelsäule, eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung durch die G.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2010 sei ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit beschrieben worden. Abschliessend wurde zur Prognose festgehalten, im Hinblick auf die Epilepsie sei eine Verbesserung mit Reduktion der Anfallsfrequenz, gegebenenfalls auch eine Anfallsfreiheit nach Modifikation der antikonvulsiven Medikation denkbar. Im Übrigen sei auch eine Besserung des Schmerzsyndroms wahrscheinlich, sofern – wie von psychiatrischer Seite empfohlen – eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Psychotherapie begonnen werde. Auch von orthopädischer Seite werde eine «als verhalten günstig» zu bewertende Prognose gestellt (IV-Nr. 111.1). 4.2 Vom 5. bis 7. September 2014 war der Beschwerdeführer nach einer Selbsteinweisung im E.\_\_\_\_, Chirurgische Klinik, hospitalisiert, wobei folgende Hauptdiagnosen gestellt wurden:  
«1. Bauchschmerzen bei Verwachsungsbauch, DD Subileus, St.n. medianer Laparotomie,

ausgedehnte Adhäsioolyse, Narbenhernienrepair mittels Onlay-Mesh-Plastik (Vypro) 24.03.2013 bei Dünndarm-ileus bei Verwachsungsbauch und Narbenhernie, 1995 Status nach offener Appendektomie, 1997 Status nach Hernienplastik bei Umbilikalhernie, 2002 Status nach Übernähung eines perforierten Ulcus duodeni ([...]), 2005 Status nach konservativer Therapie bei Dünndarmileus, 2011 Status nach Laparoskopie, medianer Laparatomie und Adhäsioolyse bei Verwachsungsbauch; 2. Chronisches Schmerzsyndrom bei chronischem Lumbovertebralsyndrom, St.n. Fusion L4/5 06/09 bei Spondylolyse L4 bds. und belastungsabhängiger Spondylolisthese L4/5 (fecit Dr. Q.\_\_\_\_), MRI-LWS 02/10: leichte linkskonvexe Skoliose der LWS, mässige Diskopathie im Segment LWK3/4 mit breitbasiger Diskusprotrusion, erosive Osteochondrose». Als Nebendiagnosen wurden rezidivierende epileptische Ereignisse bei Grand-mal-Epilepsie sowie ein Verdacht auf eine depressive Entwicklung angegeben. Nach den ärztlichen Angaben zeigten sich die Schmerzen im Verlauf regredient, sodass der Patient in gutem Allgemeinzustand mit Analgetika nach Hause habe entlassen werden können (IV-Nr. 114 S. 3 ff.). 4.3 Vom 9. bis 20. März 2015 war der Beschwerdeführer erneut im E.\_\_\_\_ hospitalisiert, wobei er von seinem Hausarzt eingewiesen und am 9. März 2015 am Bauch operiert wurde (Operation nach Rives und Adhäsioolyse). Es wurde ausgeführt, postoperativ klagte der Patient über viele Schmerzen im rechten Unterbauch und habe mehrmals eine Emesis (Erbrechen) ohne Blutbeimengung erlitten. Nach dem Ausbau der Schmerzmedikation und Gabe von Prokinetika seien die Emesis und die Schmerzen regredient gewesen. Der Patient habe am 20. März 2015 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Bericht vom 19. März 2015; IV-Nr. 122 S. 8 ff.). 4.4 Aus dem nachgereichten Untersuchungsbericht des E.\_\_\_\_, Memory Clinic (lic. phil. R.\_\_\_\_, Neuropsychologin), vom 19. Januar 2016 geht im Wesentlichen hervor, der Patient sei am 1. Oktober 2015 neuropsychologisch untersucht worden. Bereits bei der Anamnese habe er angegeben, nicht gut geschlafen zu haben und sehr müde zu sein. Bei schwankender Motivation sowie dem wiederholten Hinweis des Patienten, dass er für die Testung zu müde sei, sei diese abgebrochen und im Anschluss ein weiterer Termin vereinbart worden. Die anschliessende medizinische Untersuchung vom 21. Oktober 2015 sowie die zweite neuropsychologische Untersuchung vom 22. Oktober 2015 habe der Patient abgesagt. Einige Zeit später habe er sich erneut gemeldet mit der Bitte, die neuropsychologische Untersuchung doch noch durchführen zu wollen. Es sei ein neuer Termin (7. Januar 2016) vereinbart worden, zu welchem der Patient nicht erschienen sei. Auf telefonische Nachfrage habe er angegeben, es vergessen zu haben. Ein neuer Termin sei im Einverständnis mit dem Patienten nicht mehr vereinbart worden. Ein vollständiger Status habe nicht erhoben werden können, insbesondere liege kein Befund vor bezüglich räumlich-konstruktiver Funktionen, Aufmerksamkeitsfunktionen, visuellem Gedächtnis sowie grösstenteils der exekutiven Funktionen. Ebenso unbekannt sei das Ausmass depressiver Symptome. Es fehlten darüber hinaus eine Fremdanamnese sowie differenzierte Angaben über die prämorbid Persönlichkeit des Patienten. Die medizinischen Diagnosen (gemäss Austrittsbericht des E.\_\_\_\_ [Dr. med. S.\_\_\_\_] vom 27. August 2015) lauteten wie folgt: «1. Idiopathische Epilepsie, aktuell: Aura ohne Krampfanfall, St.n. Absenzenepilepsie in der Kindheit, 03/09 St.n. zweimalig provoziertem generalisiertem epileptischem Anfall bei KM-Gabe im Rahmen einer Myelographie, MRI Neurokranium 23.09.2011: Vereinzelt kleinere Gliosen periventrikulär/subcortical, keine Ischämie oder Blutung, keine MS-typischen Plaques, regelrechte Gefässdarstellung, keine Aneurysmata, keine AV-Malformation, nach Kontrastmittelgabe kein vermehrtes meningeales Enhancement, keine Störung

Blut-Hirn-Schranke, kein KM-enhancer, raumfordernder Prozess. Beurteilung: diskrete Zeichen einer vaskulären Leukenzephalopathie, EEG 23.09.11: Diffuse Funktionsstörung/Verlangsamung, epilepsieforme Potentiale, St.n. Hospitalisation aufgrund Anfallshäufung bei subtherapeutischem Valproatspiegel 08/2015; 2. Kognitives Defizit unklarer Ätiologie DD im Rahmen St.n. multiplen epileptischen Anfällen. DD prolongiertes postiktales kognitives Defizit, DD beginnende demenzielle Entwicklung, DD bei aktenanamnestisch depressiver Störung, MMS/Uhrentest 12.08.2015: 23/30 bzw. 4/7 Punkte». Zur neuropsychologischen Diagnose wurde festgehalten, bei unvollständiger Testung sowie nicht ausreichend valider Daten sei eine neuropsychologische Störung unbekanntes Ausmasses möglich. Unter dem Titel «Problemanamnese» wurde ausgeführt, der Patient gebe an, seit dem epileptischen Anfall vom 9. August 2015 falle eine Veränderung der geistigen Leistungsfähigkeit auf, die sich seither leicht verbessert habe. Im Vordergrund stehe eine Vergesslichkeit, wobei er vor allem «kleinere» Dinge vergesse, z.B. in einem Restaurant nachträglich bezahlen zu gehen. Sein Kollege habe ihm auch schon gesagt, er erzähle wiederholt dasselbe. Zudem fielen ihm Wortfindungsstörungen auf und beim Lesen benötige er mehr Zeit als früher. Im Alltag sei er durchwegs selbstständig, kaufe ein, zahle die Rechnungen und nehme die Medikamente regelmässig ohne Schwierigkeiten ein. Auto fahre er aktuell nicht, da er wegen Drogen- und Alkoholkonsum den Fahrausweis habe abgeben müssen. Affektiv sei die Stimmung gut. Er müsse sich ab und zu einen Ruck geben, aber im Allgemeinen sei der Antrieb gut. Der Schlaf und der Appetit seien ebenfalls gut. Die Beurteilung lautete schliesslich dahingehend, aufgrund der unvollständigen Testuntersuchung könne kein vollständiges Bild der Leistungsfähigkeit des Patienten erstellt werden: Es seien Hinweise auf Einbussen im verbalen Gedächtnis vorhanden. Im Bereich der Exekutivfunktionen seien die Leistungen in der Aufgabe zur Flexibilität sowie zur figuralen Flüssigkeit deutlich vermindert. Die Interferenzanfälligkeit scheine unauffällig. Die Befunde reichten nicht aus, um die Diagnose einer neuropsychologischen Störung zu rechtfertigen, könnten diese aber auch nicht ausschliessen (A.S. 62 ff.). 4.5 Dem vom Gericht veranlassten polydisziplinären Gutachten des K.\_\_\_\_ vom 18. September 2017 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 18. und 23. Mai, 15. Juni sowie 21. Juli 2017 allgemeininternistisch (Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, Fallführer), orthopädisch-traumatologisch (Dr. med. U.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), neurologisch (Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH), neuropsychologisch (Dr. sc. hum. Dipl. Psych. W.\_\_\_\_) und psychiatrisch (Dr. med. X.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) untersucht und begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Chronisches pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei Facettengelenksarthrose LWK 5/SWK 1 beidseits und Status nach Spondylodese LWK 4/5 (06/2009); 2. Omarthrose links mit konzentrischer Bewegungseinschränkung; 3. Idiopathische (genetisch verursachte) Epilepsie, anamnestisch Absencen in der Kindheit, Grand mal Anfälle im Erwachsenenalter, teils provoziert (EM 3/2009); 4. Iatrogene Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F11.24)». Die weiteren gestellten Diagnosen (5. Adipositas Grad III nach WHO; 6. Hyperlipidämie; 7. Beginnende Coxarthrose links ohne Funktionsdefizit; 8. Senk-Spreiz-Plattfuss beidseits; 9. Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung (Stellungnahme zur aktuellen Situation, Ziff. 7.3)

wurde im Wesentlichen angegeben, aktuell leide der Explorand stark an Rückenschmerzen. Er könne nicht arbeiten, weil er wegen der Schmerzen nicht den ganzen Tag sitzen, laufen oder stehen könne. Nur im Liegen seien die Schmerzen erträglich bei VAS 5-6/10. Die Obstipationsbeschwerden mit dem verdickten, harten Stuhl, den er alle 7 bis 10 Tage habe, seien sehr schmerzhaft. Wenn er Stuhldrang verspüre, würden 2 bis 3 Stunden vergehen, bis er stuhlen könne. Dies beinhalte die eigene manuelle Ausräumung und verschiedene Lagewechsel. Wenn es nicht klappe, gehe er auf die Notfallstelle, wo er mit Einläufen behandelt werde, bis er nach 3 bis 4 Stunden unter grossen Schmerzen seinen Darm entleeren könne. Jedes Mal nach diesem schmerzhaften mühsamen Stuhlgang würden noch stichartige Rückenschmerzen dazukommen, sodass er nach dem Stuhlgang 1 bis 2 Ampullen Morphium benötige. In psychischer Hinsicht klage er über keine Beschwerden. Selbsteinschätzend beurteile sich der Explorand als nicht mehr arbeitsfähig. Die chirurgisch-internistische Untersuchung ergebe das Bild eines 49-jährigen adipösen, kardiopulmonal kompensierten Exploranden mit einem metabolischen Syndrom. Der klinische Status sei altersentsprechend normal, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder eine Lungenerkrankung. Für die in der Abdomen-Untersuchung angegebenen Druckdolenzen liessen sich bei einem unauffälligen Abdomen-Übersichtsröntgen keine Anhaltspunkte für eine Koprostase oder Passagestörung feststellen. Im Neurostatus liessen sich keine pathologischen Befunde erheben. Korrelierend dazu finde man bis auf eine Hypercholesterinämie und vermindertes HDL-Cholesterin sowie leicht erhöhtes CRP durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Aus chirurgisch-internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistätigkeit. Bei der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung habe sich eine aktiv und passiv konzentrisch eingeschränkte Beweglichkeit des linken Schultergelenkes gezeigt. Der aktuelle radiologische Befund des linken Schultergelenkes stelle eine fortgeschrittene Omarthrose dar. Dabei handle es sich um einen dauerhaft verbleibenden Befund, der die Arbeitsfähigkeit des Exploranden für Tätigkeiten oberhalb der Horizontalen mit dem linken (adominanten) Arm (Über-Kopf-Arbeiten) und mit vermehrtem Einsatz des linken Armes in Brusthöhe einschränke. Das Stehen des Exploranden sei in Schonhaltung mit 15 Grad vorgeneigtem Oberkörper erfolgt. Die Lendenwirbelsäule sei gering eingeschränkt indolent beweglich gewesen. Radiologisch zeigten sich reizlos einliegendes Spondylodesematerial und mässige degenerative Veränderungen im Bereich der Facettengelenke LWK 5/SWK 1 beidseits. Aufgrund des klinischen und radiologischen Befundes der Lendenwirbelsäule bestehe eine Einschränkung für körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und häufigem Bücken. Die vom Exploranden angegebenen belastungsabhängigen Beschwerden im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Beine seien nachvollziehbar, jedoch nicht in den angegebenen Schmerzstärken. Die Adipositas des Exploranden bedeute eine unphysiologische Überbelastung der Wirbelsäule und der Gelenke beider unterer Extremitäten. In der zuletzt ausgeübten, körperlich schweren Tätigkeit als Allrounder auf Baustellen bestehe aufgrund der degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule und des linken Schultergelenkes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Exploranden seit dem 8. Januar 2008. In einer leidensadaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Tätigkeiten in Brusthöhe und

oberhalb der Horizontalen mit dem linken (adominanten) Arm, ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und ohne häufiges Bücken bestehe ab Oktober 2009 (etwa 3 Monate nach der erfolgten Rehabilitation) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit des Exploranden aufgrund eines gering vermehrten Pausenbedarfs. Im Weiteren wurde ausgeführt, bei der neurologischen Untersuchung sei die Einschätzung der Aktivität der Epilepsie des Exploranden erschwert, da er häufig nur sehr ungenaue Angaben machen könne und die Anfallsfrequenz auch aus den Arztbriefen nicht genau hervorgehe. Aus ähnlichem Grund sei die Behandlung erschwert, da die Einschätzung, ob ein Medikament wirke oder nicht, valide Angaben erfordere. Aktuell habe der Explorand angegeben, seit ca. 1 bis 1,5 Jahren anfallsfrei zu sein. Kritisch sei auch der Opiatgebrauch. Laut «Kompendium» müsse bei einer Epilepsie die Anwendung einer multiplen subpialen Transsektion (MST) «mit Vorsicht» erfolgen, gelegentlich würden Konvulsionen auftreten. Bezüglich der chronischen Rückenschmerzen des Exploranden sei die aktuelle Beschwerdeschilderung nahezu identisch mit den Angaben im G. \_\_\_-Gutachten vom Dezember 2010, jedoch würden die Beschwerden und auch die entsprechenden Einschränkungen im Rahmen der aktuellen Teilbegutachtungen immer etwas anders geschildert. Die Beschreibung der Schmerzen sei nicht verdächtig für eine radikuläre Symptomatik. Der Explorand schildere keine klare radikuläre Schmerz-ausstrahlung. Das vom Exploranden angegebene Taubheitsgefühl im Bereich des Unterschenkels unter Aussparung des Fusses sei nicht anatomisch strukturell zu erklären. Bezüglich des Rückens sei von einem chronischen lumbalen Schmerzsyndrom auszugehen. Bei chronischen lumbalen Rückenschmerzen bestehe aus neurologischer Sicht keine Indikation für eine dauerhafte Therapie mit Opioiden und erst recht nicht für eine Bedarfsmedikation mit selbst zu injizierendem Morphin. Wegen der Epilepsie bestünden die üblichen qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mit Arbeitsunfähigkeit für Arbeiten mit Eigen- und Fremdgefährdung. Dabei wäre in der angestammten Tätigkeit des Exploranden als Bauhilfsarbeiter insbesondere die Absturzgefahr zu nennen. Der Explorand dürfe derzeit bei seinen Anfällen mit Bewusstseinsverlust (Gefährdungskategorie C) und der derzeitigen Anfallsfrequenz (weniger als 2 Jahre anfallsfrei) sicher nicht in Höhen über einem Meter arbeiten. Ob an einem entsprechenden Arbeitsplatz zusätzlich eine Eigengefährdung bestehe, müsste in der konkreten Situation am Arbeitsplatz beurteilt werden. Ein regelmässiger Schlaf-Wach-Rhythmus erscheine bei idiopathischen Epilepsien günstig, insofern sollte keine Schichtarbeit erfolgen. Die Fahreignung sei im Falle einer aktiven Epilepsie eingeschränkt. Aus rein neurologischer Sicht sei bei fehlender neurologischer Erklärung und insbesondere bei fehlendem Nachweis einer strukturellen Läsion die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bis auf die epilepsiebedingten Einschränkungen zu 100 % möglich. Bei den chronischen Beschwerden würde man aber sicherlich auch aus neurologischer Sicht eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit empfehlen. In der neuropsychologischen Exploration könne beim Exploranden keine neuropsychologische Störung attestiert oder ausgeschlossen werden, da man die unterdurchschnittlichen Ergebnisse seines verbalen Gedächtnisses nicht ohne Berücksichtigung seiner schwankenden Motivation interpretieren könne. Ob er beeinträchtigte verbale Gedächtnisfunktionen habe, könne somit weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Seine Fähigkeit zu lesen und zu rechnen sei eingeschränkt gewesen, wie es seit Kindheit bekannt sei. Seine Aufmerksamkeitsfunktionen und seine Fähigkeit zum logischen Denken und Planen seien grenzwertig im unteren Normbereich gelegen und stellten keinen Krankheitswert dar. Die Ergebnisse der neuropsychologischen

Testung im Januar 2016 seien ähnlich zu denjenigen der aktuellen Untersuchung gewesen. Die Arbeitsfähigkeit müsse aus gesamtmedizinischer Sicht beurteilt werden. Ferner stehe bei der psychiatrischen Exploration beim Exploranden im Zusammenhang mit dem Schmerzsyndrom eine iatrogene Störung durch Opioide, ein Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F11.24), im Vordergrund, was sowohl die Anamnese als auch die Laborbefunde eindeutig belegten. Diese wirke sich einerseits auf seine Arbeitsfähigkeit und andererseits auch auf seine Fahrfähigkeit aus. Im Weiteren stehe beim Exploranden ein subjektives Schmerzsyndrom im Vordergrund. Aufgrund der vom Exploranden angegebenen körperlichen Schmerzen und deren nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat bestehe aus psychiatrischer Sicht eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Die Ausprägung dieser Störung sei funktionell leicht. Aus psychiatrischer Sicht bestehe beim Exploranden aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der iatrogenen Morphinabhängigkeit. Nach adäquater Behandlung im Sinne einer schrittweisen Absetzung könne diesbezüglich mit dem Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Unter dem Titel «Auffälligkeiten und Diskrepanzen» wurde im Wesentlichen angegeben, das Verhalten des Exploranden bei den einzelnen Untersuchungen sei unterschiedlich gewesen, sodass die Untersuchungsergebnisse unterschiedlich ausgefallen seien, insbesondere bei der orthopädischen bzw. neurologischen Untersuchung und beim Grundgutachten. Insgesamt werde beobachtet, dass der Explorand während der Anamneseerhebung nur dann ein Schmerzverhalten zeige, wenn über die Schmerzen gesprochen werde. Das Verhalten wirke demonstrativ. Eine Spritze habe sich der Explorand nur während der Anamnese beim Grundgutachten gesetzt. Die linke Schulter werde bei allen Untersuchungen ausserhalb der Untersuchungssituation frei bewegt und der Explorand stütze sich darauf auch ab. Im Rahmen der direkten Untersuchung habe er sowohl bei der Grundbegutachtung als auch bei der orthopädischen und neurologischen Begutachtung eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit angeben. Die halbjährlichen Kontrollen beim Neurologen Dr. med. Y. \_\_\_\_, [...], seien im Grundgutachten nicht angegeben worden. Der Tagesablauf werde bei den einzelnen Teilgutachten völlig unterschiedlich geschildert. Das Gewicht sei nur beim Psychiater als Problem bezeichnet worden. Auch Erstickungsgefühle in der Nacht seien nur gegenüber dem Psychiater erwähnt worden. Der frühere Kokainkonsum sei nur im neurologischen und psychiatrischen Teilgutachten angegeben worden. Sämtlichen Gutachten seien diskrepante zeitliche Angaben aufgefallen. Diese seien im Rahmen der Zeitgitterstörung zu interpretieren. Weitere Diskrepanzen seien direkt in den Teilgutachten beschrieben worden. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Explorand aus rheumatologischer (recte: orthopädischer) Sicht für seine angestammte Tätigkeit 100 % arbeitsunfähig. In einer leidensadaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Tätigkeiten in Brusthöhe und oberhalb der Horizontalen mit dem linken (adominanten) Arm, ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und ohne häufiges Bücken bestehe ab Oktober 2009 (etwa 3 Monate nach der erfolgten Rehabilitation) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit des Exploranden aufgrund eines gering vermehrten Pausenbedarfs. Aus neurologischer Sicht sei der Explorand in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau nicht mehr arbeitsfähig. Bei fehlender neurologischer Erklärung und insbesondere bei fehlendem Nachweis einer strukturellen Läsion bestehe in einer angepassten, leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Arbeiten auf über einem Meter Höhe und ohne das Führen von Maschinen mit Eigen- und

Fremdgefährdung aus neurologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei der Explorand aufgrund der primären Opiatsucht vorübergehend 100 % arbeitsunfähig. Aus internistischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche in Frage kommenden Tätigkeiten. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit der aktuellen Begutachtung. Aus somatischer Sicht sei der Explorand seit Januar 2008 zu 100 % arbeitsunfähig. Die damals geklagten Rückenbeschwerden seien im Juni 2009 schliesslich operativ behandelt worden. Davor hätten deutliche degenerative Veränderungen bestanden, welche eine Tätigkeit auf dem Bau verunmöglicht hätten. Ca. 3 Monate nach der Spondylodese L4/5 im Juni 2009, d.h. ab Oktober 2009, wäre eine angepasste Tätigkeit gemäss dem ermittelten Belastungsprofil aus somatischer Sicht möglich gewesen, wie auch in den beiden Gutachten der G.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2010 und der I.\_\_\_\_ vom 10. September 2014 attestiert worden sei. Bezüglich der psychiatrischerseits attestierten vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der primären Opiatsucht gelte die Einschränkung seit der aktuellen Begutachtung. Aufgrund der Aktenlage könne der Beginn der Opiatsucht nicht eindeutig bestimmt werden. Diese Sucht sei in der aktuellen Begutachtung erstmals diagnostiziert worden und könne Ursache für die beschriebenen Auffälligkeiten im Verhalten sein. Der Explorand sei dadurch in seinem Alltag deutlich eingeschränkt (siehe u.a. Mini-ICF-APP und Tagesablauf). In der zuletzt ausgeübten, körperlich schweren Tätigkeit als Allrounder auf Baustellen werde aufgrund der degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule und des linken Schultergelenkes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Exploranden seit dem 8. Januar 2008 eingeschätzt. Auch in einer leidensadaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Tätigkeiten in Brusthöhe und oberhalb der Horizontalen mit dem linken (adominanten) Arm, ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und ohne häufiges Bücken, ohne Arbeiten in über einem Meter Höhe, ohne Tätigkeiten an Maschinen mit Eigen- und Fremdgefährdung und ohne Schichtarbeiten sei der Explorand seit der aktuellen Begutachtung vorübergehend zu 100 % arbeitsunfähig. Davor habe ab Oktober 2009 (etwa drei Monate nach der erfolgten Rehabilitation) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit des Exploranden aufgrund eines gering vermehrten Pausenbedarfs bestanden. Eine psychiatrische Verlaufsbegutachtung werde sechs bis zwölf Monate nach dem Opiatentzug empfohlen. Aus orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht sollte ein anfänglich stationärer Opiatentzug in einem multimodalen Setting durchgeführt werden. Die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit werde nach dem Opiatentzug als positiv beurteilt. Eine Gewichtsreduktion sei von der orthopädisch-traumatologischen Seite dringend notwendig, um eine rasche Progredienz der degenerativen Veränderungen der LWS und beider Knie zu vermeiden. Aus neurologischer Sicht sei auf einen regelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus zu achten. Auf Alkohol sollte weiterhin verzichtet werden. Aus internistischer Sicht sollte die Hyperlipidämie gemäss ESC-Guidelines behandelt werden. Berufliche Massnahmen wären aus medizinischer Sicht indiziert, jedoch in Anbetracht der Aggravation und der fehlenden Motivation überwiegend wahrscheinlich nicht erfolgversprechend (A.S. 76 ff.).

### **E. 3**

Eventualiter sei die Angelegenheit für weitere medizinische Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **E. 4**

Subeventualiter seien dem Beschwerdeführer berufliche Massnahmen zu gewähren.

## E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 23 % mit Verfügung vom 24. Februar 2015 ab und begründete dies im Wesentlichen damit, gemäss den medizinischen Abklärungen sei dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zuzumuten. Für leidensadaptierte, körperlich leichte Tätigkeiten bestehe nach wie vor eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (100 %-Pensum mit einer Leistungsfähigkeit von 80 %). Damit sei es möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (IV-Nr. 120; A.S. 1 ff.).

5.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber mit Beschwerde vom 20. März 2015 geltend machen, er sei körperlich nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Er leide an Abdominalschmerzen bei bestehendem Verwachsungsbauch seit dem Jahr 1995, er benötige wegen der Schmerzen täglich eine sehr hohe Dosis Morphium, es sei eine Epilepsie festgestellt worden und er leide unter einem chronischen Schmerzsyndrom. Er würde gerne arbeiten, doch dies sei aufgrund der nötigen Medikation mit Morphium und weiteren Medikamenten schwierig bis unmöglich. Er sei nie schmerzfrei und daher nur sehr begrenzt belastbar. Faktisch gesehen sei er nicht arbeitsfähig. Er sei grundsätzlich bereit, berufliche Eingliederungsmassnahmen anzutreten, sofern diese seinen Leiden angepasst seien (A.S. 4 f.).

In seiner ergänzenden Beschwerdebegründung vom 21. April 2015 lässt er im Wesentlichen noch darauf hinweisen, auf das I. \_\_\_-Gutachten vom 10. September 2014 könne nicht abgestellt werden. Dr. med. Z. \_\_\_, welcher die psychiatrische Untersuchung vorgenommen habe, diagnostiziere eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) und gelange zum Schluss, dass diese keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Auf diese Diagnose bzw. die Frage der Überwindbarkeit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung werde nicht eingegangen. Es liege eine Unüberwindbarkeit dieser Schmerzstörung im Sinne der (bisherigen [BGE 130 V 352, E. 2.2.3]) Rechtsprechung vor. Der Beschwerdeführer leide an zahlreichen körperlichen Begleiterkrankungen, die einen negativen Einfluss auf die Überwindbarkeit der Schmerzstörung hätten. Operationen und auch sämtliche therapeutische Massnahmen hätten keine andauernde Symptomlinderung gebracht. Der Krankheitsverlauf dauere nun schon seit Jahren, die Symptomatik sei immer noch dieselbe. Es bestehe keine Restarbeitsfähigkeit. Im Weiteren sei der medizinische Sachverhalt nicht vollständig abgeklärt worden (A.S. 8 ff.).

Mit Stellungnahme vom 6. November 2017 lässt der Beschwerdeführer darauf hinweisen, im K. \_\_\_-Gutachten vom 18. September 2017 werde unter Ziff. 7.5 festgehalten, dass die angestammte Tätigkeit vom Beschwerdeführer gesundheitsbedingt nicht mehr ausgeführt werden könne. Für Verweistätigkeiten bestehe aufgrund der Opiatsucht ebenfalls eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Gemäss dem Gutachten (Ziff. 7.8) sei allenfalls nach erfolgten medizinischen Massnahmen eine Verlaufsbeurteilung durchzuführen. Bis dahin sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit ausgewiesen und relevant (A.S. 213 f.).

5.3 Im Folgenden ist zu prüfen, ob dem vom Gericht veranlassten polydisziplinären K. \_\_\_-Gutachten vom 18. September 2017 Beweiskraft zukommt und ob seit der rechtskräftigen Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. April 2012 eine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers

ausgewiesen ist.

6. Das polydisziplinäre Gutachten des K.\_\_\_\_ vom 18. September 2017 (A.S. 76 ff.) beruht auf den vollständigen Vorakten sowie auf spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Innere Medizin», «Orthopädie», «Neurologie», «Neuropsychologie» und «Psychiatrie». Die in der richterlichen Verfügung vom 3. April 2017 (A.S. 74 f.) erwähnte Disziplin «Gastroenterologie/Viszeralchirurgie», deren Beizug die Begutachtungsstelle überdies zu prüfen hatte, wurde offensichtlich nicht als notwendig erachtet. Diese Beurteilung liegt im Ermessen der begutachtenden Ärzte (BGE 139 V 349 E. 3.3. S. 352 f.) und lässt sich nicht beanstanden. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich werden die Schlussfolgerungen der Begutachtung wiedergegeben. Sowohl das Gesamt- als auch das separat verfasste neuropsychologische Teilgutachten tragen die Unterschriften der beteiligten Gutachter. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Die abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurden durch die Gutachter berücksichtigt und es ist erkennbar, warum ihnen nicht oder nur teilweise gefolgt wurde. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht. Es erfüllt die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen an ein Verlaufsgutachten (vgl. E. II. 2.7 hiavor). Dies wird denn auch von keiner Seite bestritten.

## **E. 7**

7.1 Gestützt auf das Gutachten des K.\_\_\_\_ vom 18. September 2017 ist eine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers aus internistischer Sicht seit der rechtskräftigen Verfügung vom 3. April 2012 nicht ersichtlich. So präsentierte sich der Beschwerdeführer gemäss dem Status des internistischen Gutachters, Dr. med. T.\_\_\_\_, vom 18. Mai 2017 in gutem Allgemeinzustand. Er war wach, bei klarem Bewusstsein und allseits orientiert. Seine mnestischen und kognitiven Funktionen erschienen bis auf eine deutliche Zeitgitterstörung im Untersuchungsgespräch intakt. Das formale und inhaltliche Denken waren unauffällig. Bei der Untersuchung des Bewegungsapparates bestanden verschiedene Inkonsistenzen, wobei zum Verhalten des Exploranden angegeben wurde, es bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen der körperlichen Untersuchung im abgelenkten Zustand und der Untersuchung mit der Aufforderung zum Mitmachen (A.S. 124 ff.). Die im Rahmen der aktuellen interdisziplinären Begutachtung durchgeführte chirurgisch-internistische Untersuchung ergab das Bild eines 49-jährigen adipösen, kardiopulmonal kompensierten Exploranden mit einem metabolischen Syndrom. Der klinische Status war altersentsprechend normal, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung. Für die in der Abdomen-Untersuchung angegebenen Druckdolenzen liessen sich bei einem unauffälligen Abdomen-Übersichtsröntgen keine Anhaltspunkte für eine Koprostase (Stauung von Kot im Dickdarm) oder eine Passagestörung feststellen. Im Neurostatus liessen sich keine pathologischen Befunde erheben. Korrelierend dazu konnten ■ bis auf eine Hypercholesterinämie und ein vermindertes HDL-Cholesterin sowie ein leicht erhöhtes

CRP (C-Reaktives Protein) ■ durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen festgestellt werden. Das EKG zeigte einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie lieferte keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Aus chirurgisch-internistischer Sicht liess sich demnach keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistätigkeit (A.S. 184).

Bei der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung vom 23. Mai 2017 zeigte sich eine aktiv und passiv konzentrisch eingeschränkte Beweglichkeit des linken Schultergelenks. Der aktuelle radiologische Befund des linken Schultergelenks stellt nach den Angaben der Gutachterin eine fortgeschrittene Omarthrose dar. Dabei handelt es sich um einen dauerhaft verbleibenden Befund, der die Arbeitsfähigkeit des Exploranden für Tätigkeiten oberhalb der Horizontalen mit dem linken (adominanten) Arm (Über-Kopf-Arbeiten) und mit vermehrtem Einsatz des linken Armes in Brusthöhe einschränkt. Nach dem Untersuchungsbefund der orthopädisch-traumatologischen Gutachterin Dr. med. U. \_\_\_ besteht in der zuletzt ausgeübten, körperlich schweren Tätigkeit als Allrounder auf Baustellen aufgrund der degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule und des linken Schultergelenkes eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 8. Januar 2008. In einer leidensadaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Tätigkeiten in Brusthöhe und oberhalb der Horizontalen mit dem linken (adominanten) Arm, ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und ohne häufiges Bücken, besteht nach den Angaben der Gutachterin ab Oktober 2009 (etwa 3 Monate nach der erfolgten Rehabilitation infolge der Rückenoperation vom Juni 2009) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit aufgrund des gering vermehrten Pausenbedarfs. Nach den Angaben der begutachtenden Fachärztin steht diese Beurteilung mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit im orthopädisch-traumatologischen Gutachten der I. \_\_\_ vom 15. Juli 2014 in Übereinstimmung (A.S. 138; vgl. IV-Nr. 111.1 S. 18 Ziff. D.2 und IV-Nr. 111.3 S. 7 Ziff. 5; vgl. E. II. 4.1 hiervor). Auch im Vergleich zum G. \_\_\_-Gutachten vom 13. Dezember 2010 ist keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands ersichtlich. Darin wurde ausgeführt, aufgrund der Rückenproblematik seien körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, welche die Einschränkungen im Fachgutachten von Dr. med. N. \_\_\_ berücksichtigten (Trage- und Hebelimit von 10 kg), vollschichtig zumutbar, wobei leidensbedingt eine Leistungseinschränkung von 20 % bestehe (IV-Nr. 53.1 S. 26 und 28; vgl. E. II. 3.1 hiervor). Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entspricht der aktuellen Beurteilung von Dr. med. U. \_\_\_. Nach den Angaben der orthopädischen K. \_\_\_-Gutachterin hat sich - bis auf die massive Zunahme der Adipositas - von der orthopädisch-traumatologischen Seite seither keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands des Exploranden ergeben (A.S. 138). Die diagnostizierte Omarthrose im linken Schultergelenk mit konzentrischer Bewegungseinschränkung schränkt die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwar auch in einer Verweistätigkeit ein (keine Tätigkeiten in Brusthöhe und oberhalb der Horizontalen mit dem linken adominanten Arm), nach den gutachterlichen Angaben besteht aber auch unter Berücksichtigung dieser Diagnose nach wie vor eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (wegen eines gering vermehrten Pausenbedarfs). Eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands aus orthopädisch-traumatologischer Sicht ist seit der Verfügung vom 3. April 2012 somit nicht ausgewiesen.

Laut den Angaben des neurologischen K.\_\_\_\_-Teilgutachters Dr. med. V.\_\_\_\_ ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit aus rein neurologischer Sicht ■ bis auf die epilepsiebedingten Einschränkungen (keine Arbeiten mit Eigen- und Fremdgefährdung, keine Arbeiten in Höhen über einem Meter, keine Schichtarbeit) ■ bei fehlender neurologischer Erklärung und insbesondere bei fehlendem Nachweis einer strukturellen Läsion nicht eingeschränkt (A.S. 186). Dr. med. V.\_\_\_\_ hielt fest, beim Beschwerdeführer bestehe höchstwahrscheinlich eine Epilepsie, die ausführlich im Oktober 2011 in der Klinik H.\_\_\_\_ abgeklärt worden sei. Bezüglich der chronischen Rückenschmerzen sei die aktuelle Beschwerdeschilderung nahezu identisch mit den Angaben im G.\_\_\_\_-Gutachten vom Dezember 2010, jedoch würden die Beschwerden und auch die entsprechenden Einschränkungen im Rahmen der aktuellen Teilbegutachtungen immer etwas anders geschildert, was die Begutachtung sehr erschwere. Der Beschwerdeführer schildere keine klare radikuläre Schmerzausstrahlung. Bei eingeschränkter Beurteilbarkeit seien weder klare Paresen noch Atrophien zu identifizieren. Die aktuelle Beurteilung decke sich im Wesentlichen mit den beiden neurologischen Vorgutachten. Bei chronischen lumbalen Rückenschmerzen bestehe aus neurologischer Sicht keine Indikation für eine dauerhafte Therapie mit Opioiden und erst recht nicht für eine Bedarfsmedikation mit selbst zu injizierendem Morphin. Der Explorand nehme mit 400 mg Morphin täglich eine sehr hohe Dosis ein und sei sogar vital gefährdet, wenn er zusätzlich zentral wirksame Medikamente oder Substanzen einnehme. Aus neurologischer Sicht sollte eine Entzugsbehandlung des Morphins erfolgen (A.S. 148 ff.). Der neurologische K.\_\_\_\_-Gutachter führte im Weiteren aus, im neurologischen Teilgutachten der I.\_\_\_\_ vom 15. August 2014 hätten sich ■ konsistent zu seiner Untersuchung ■ keine Hinweise für eine Störung des zentralen und peripheren Nervensystems ergeben. Den Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit im neurologischen Teilgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ im Rahmen des polydisziplinären G.\_\_\_\_-Gutachtens vom 13. Dezember 2010 (vgl. IV-Nr. 53.1 S. 44) könne zugestimmt werden (A.S. 152). Demnach ergibt sich auch aus neurologischer Sicht keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 3. April 2012.

Im Rahmen der neuropsychologischen Exploration konnte eine neuropsychologische Störung durch die neuropsychologische K.\_\_\_\_-Teilgutachterin, Dr. sc. hum. Dipl. Psych. W.\_\_\_\_, weder attestiert noch ausgeschlossen werden. Zur Begründung wurde angegeben, die unterdurchschnittlichen Ergebnisse des verbalen Gedächtnisses des Beschwerdeführers könnten nicht ohne Berücksichtigung seiner schwankenden Motivation interpretiert werden. Seine Fähigkeit zu lesen und zu rechnen sei eingeschränkt, wie es seit Kindheit bekannt sei. Seine Aufmerksamkeitsfunktionen und seine Fähigkeit zum logischen Denken und Planen seien grenzwertig im unteren Normbereich gelegen und stellten keinen Krankheitswert dar. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung im Januar 2016 (vgl. E. II. 4.4 hiervor) ähnelten denen der aktuellen Untersuchung (A.S. 160, 186 und 201). Nach dem Gesagten kann auch im neuropsychologischen Bereich nicht von einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Verfügung vom 3. April 2012 ausgegangen werden.

7.2 Im psychiatrischen K.\_\_\_\_-Teilgutachten wurde festgestellt, beim Beschwerdeführer stehe im Zusammenhang mit dem Schmerzsyndrom eine iatrogene Störung durch Opioide, ein Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F11.24), im Vordergrund, was sowohl die Anamnese als auch die Laborbefunde eindeutig belegten (vgl. Laboruntersuchungen vom 18. und 23. Mai 2017, welche deutlich erhöhte Morphin-Werte im Blut des Beschwerdeführers

ergaben; A.S. 169). Der psychiatrische Gutachter Dr. med. X.\_\_\_\_ führte aus, diese iatrogene Störung wirke sich einerseits auf seine Arbeitsfähigkeit und andererseits auch auf seine Fahrfähigkeit aus. Es handle sich um ein primäres Suchtverhalten. Im Weiteren besteht nach den gutachterlichen Angaben ein subjektives Schmerzsyndrom. Aufgrund der vom Beschwerdeführer angegebenen körperlichen Schmerzen und deren nicht ausreichender Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat sei aus psychiatrischer Sicht einerseits eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45) und andererseits eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) zu diskutieren. Nach den Angaben des psychiatrischen Gutachters erfüllt der Beschwerdeführer die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) nicht; hingegen sind die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) gegeben, wobei das funktionelle Ausmass der Erkrankung leicht ausgeprägt sei. Es bestehe deswegen aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der iatrogenen Morphinabhängigkeit liegt aus psychiatrischer Sicht jedoch aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Gemäss den Angaben des Gutachters kann nach adäquater Behandlung im Sinne einer schrittweisen Absetzung, anfänglich im Rahmen einer stationären multimodalen Schmerztherapie, mit dem Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Nach erfolgreichem Opiatentzug sollte beim Beschwerdeführer nach 6 bis 12 Monaten eine erneute psychiatrische Begutachtung erfolgen (A.S. 161 ff. und 186 f.).

Die K.\_\_\_\_-Gutachter kommen unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund der primären Opiatsucht vorübergehend 100 % arbeitsunfähig. Unter Berücksichtigung der Standardindikatoren sowie unter Würdigung der vorhandenen Arztberichte gelte das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil seit der aktuellen Begutachtung, d.h. seit dem 21. Juli 2017 (vgl. A.S. 161 und 188). Die Fachärzte halten fest, aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer seit Januar 2008 zu 100 % arbeitsunfähig. Die damals geklagten Rückenschmerzen seien im Juni 2009 operativ behandelt worden. Ca. 3 Monate nach der Spondylodese L4/5 im Juni 2009, d.h. ab Oktober 2009, wäre eine angepasste Tätigkeit gemäss dem beschriebenen Belastungsprofil aus somatischer Sicht möglich gewesen, wie dies auch in den beiden Gutachten der G.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2010 und der I.\_\_\_\_ vom 10. September 2014 attestiert worden sei. Bezüglich der psychiatrischerseits attestierten vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der primären Opiatsucht gelte die Einschränkung seit der aktuellen Begutachtung. Aufgrund der Aktenlage könne der Beginn der Opiatsucht nicht eindeutig bestimmt werden. Diese sei in der aktuellen Begutachtung erstmals diagnostiziert worden und könne Ursache für die beschriebenen Auffälligkeiten im Verhalten sein. Der Explorand sei dadurch in seinem Alltag deutlich eingeschränkt (A.S. 188 f., Ziff. 7.5 und 7.6).

7.3 Nach dem Gesagten ist aufgrund des vom Gericht veranlassten polydisziplinären K.\_\_\_\_-Gutachtens vom 18. September 2017 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2015, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 940/06 vom 19. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 167 E. 1 S. 169), in sämtlichen Disziplinen, insbesondere auch im psychiatrischen Teilgutachten, keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen.

Zwingende Gründe, von dieser Einschätzung der medizinischen Experten des K.\_\_\_\_ abzuweichen (vgl. E. II. 2.8 hiervor), bestehen nicht. Die vom psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. X.\_\_\_\_ diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) ist nur leicht ausgeprägt und es besteht deswegen aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (A.S. 172). Der Eintritt der vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers infolge seiner primären Opiatsucht ist nach der gutachterlichen Einschätzung auf den Zeitpunkt der aktuellen (psychiatrischen) Begutachtung, somit auf den 21. Juli 2017, festzusetzen, da sich der Beginn der Opiatsucht gemäss den gutachterlichen Ausführungen aufgrund der Aktenlage nicht eindeutig bestimmen lässt. Angesichts des Umstands, dass die erwähnte Opiatsucht erstmals von den K.\_\_\_\_-Gutachtern diagnostiziert wurde, erscheint die Festsetzung des Beginns der Opiatsucht und der dadurch verursachten vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit auf den 21. Juli 2017 als nachvollziehbar und schlüssig. Vor diesem Zeitpunkt, d.h. ab Oktober 2009 (ca. 3 Monate nach der Rückenoperation vom Juni 2009), ist nach den gutachterlichen Angaben von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit (körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Tätigkeiten in Brusthöhe und oberhalb der Horizontalen mit dem linken [adominanten] Arm, ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und ohne häufiges Bücken, keine Arbeiten mit Eigen- und Fremdgefährdung, keine Arbeiten in einer Höhe von über einem Meter, keine Schichtarbeit) aufgrund des gering vermehrten Pausenbedarfs auszugehen (A.S. 189 Ziff. 7.8). Hinweise, dass bereits vor der psychiatrischen K.\_\_\_\_-Teilbegutachtung vom 21. Juli 2017 aufgrund der Opiatsucht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben könnte, sind nicht vorhanden. So können den im Rahmen des I.\_\_\_\_-Gutachtens vom 10. September 2014 durchgeführten Laboruntersuchungen vom 15. August 2014 keine entsprechenden Ergebnisse entnommen werden. Es wurde vielmehr ausgeführt, der niedrige Valproinsäurespiegel sei am ehesten auf die zu niedrige Dosierung von Orfiril zurückzuführen; ob eine darüber hinausgehende ungenügende Compliance eine Rolle spiele, lasse sich nicht feststellen. Die übrigen Werte seien normal, abgesehen von einem tiefen Blutzuckerwert. Es bestehe kein Hinweis für Äthylabusus (vgl. IV-Nr. 111.1 S. 18 und 20, 111.2 S. 6 und 111.4 S. 5). Auch in den Berichten des E.\_\_\_\_ vom 7. September 2014 (Hospitalisation vom 5. bis 7. September 2014; IV-Nr. 114. S. 3 ff.; E. II. 4.2 hiervor) und 19. März 2015 (Hospitalisation vom 9. bis 20. März 2015; IV-Nr. 122 S. 8 ff.; E. II. 4.3 hiervor) bestehen keine Anhaltspunkte für eine aktuelle Opiatsucht. Ebenso wenig ist ein entsprechender Hinweis im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 19. Januar 2016 über die neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 1. Oktober 2015 ersichtlich (vgl. A.S. 62 ff.; E. II. 4.4 hiervor).

7.4 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, dass allenfalls nach durchgeführten medizinischen Massnahmen eine Verlaufsbegutachtung durchgeführt werden sollte; bis dahin sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit ausgewiesen und relevant (A.S. 213 f.). Dazu ist festzuhalten, dass es Sache der Beschwerdegegnerin sein wird, im Rahmen eines allfälligen Neuanmeldeverfahrens darüber zu entscheiden, ob nach erfolgtem Opiatsentzug eine Verlaufsbegutachtung zu erfolgen habe.

7.5 Da seit der rechtskräftigen Verfügung vom 3. April 2012 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2015 keine erhebliche Veränderung des Sachverhalts eingetreten ist und damit kein Revisionsgrund vorliegt, besteht im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren keine Möglichkeit, eine von dieser Verfügung

abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen. Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 8**

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 3. Juli 2015; A.S. 36 f.; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Thomann macht mit seiner ergänzten Kostennote vom 27. November 2017 (A.S. 218 ff.) einen Aufwand von 22.49 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von insgesamt CHF 161.70 geltend.

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können folgende Positionen nicht berücksichtigt werden: 27. Mai 2015 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 7. Juli 2015 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 24. August 2015 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 18. September 2015 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 20. Oktober 2015 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 9. November 2015 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 24. November 2015 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 6. Juni 2016 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 24. Februar 2017 (Brief an Klient; 0.17 Std.), 7. April 2017 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 25. September 2017 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 13. Oktober 2017 (Brief an Versicherungsgericht, 0.25 Std.), 17. Oktober 2017 (Brief an Klient, 0.17 Std.) und 17. November 2017 (Brief an Klient, 0.17 Std.). Im Weiteren sind der unter dem Datum vom 7. April 2015 angegebene Brief an die Beschwerdegegnerin sowie das Telefongespräch mit der Sozialhilfe vom 15. November 2016 als verfahrensfremd anzusehen, weshalb dieser Aufwand nicht berücksichtigt werden kann. Der unter dem Titel «Nachbearbeitung/Archivierung» angegebene Aufwand vom 18. November 2015 kann nicht (zweimal) anerkannt werden, da er bereits am 27. November 2017 berücksichtigt wird. Nach dem Gesagten reduziert sich damit der Aufwand um 3.63 Stunden auf 18.86 Stunden. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 3'841.00 (Honorar von CHF 3'394.80, Auslagen von CHF 161.70 und MwSt. von CHF 284.50). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Vertreters im Umfang von CHF 1'018.45 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 liegt nicht vor), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als

unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

8.3 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 hat das Bundesgericht für den Bereich der Invalidenversicherung Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen sind, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall ordnete das Gericht das Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ deshalb an, weil das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ vom 10. September 2014 eine Beurteilung der invalidisierenden Wirkung der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung (F45.4; vgl. IV-Nr. 111.1 S. 21) unter dem Aspekt der mit BGE 141 V 281 begründeten Rechtsprechung nicht zulies. Die Beurteilung der Standardindikatoren durch den Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin in seiner Stellungnahme vom 29. Oktober 2015 (A.S. 52 ff.) vermochte nicht vollständig zu überzeugen. Er äusserte sich nur zu einem Teil der relevanten Aspekte; ausserdem basiert der Bericht teilweise auf nicht hinreichend gesicherten Annahmen, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass das dem Rechtsdienst vorliegende I.\_\_\_\_-Gutachten nur wenige für die Beurteilung der Indikatoren relevante Informationen enthielt (vgl. IV-Nr. 111.1 S. 21 ff. und 111.5 S. 7 ff.). Aus diesem Grund war es auch dem Gericht nicht möglich, die massgebenden Schweregradindikatoren mit hinreichender Zuverlässigkeit zu beurteilen. Schlüssige medizinische Ausführungen, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im nunmehr anzuwendenden strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 208 erlauben würden, lagen somit nicht vor. Vor dem Hintergrund, dass das Bundesgericht gemäss seiner jüngsten Rechtsprechung Fälle, in denen aufgrund der geänderten Rechtsprechung in BGE 141 V 208 und 281 eine Beurteilung der medizinischen Situation und damit der Arbeitsfähigkeit nicht möglich ist, zur Verbesserung an die IV-Stellen (und nicht an die Vorinstanzen) zurückgewiesen hat, damit sie ein den Grundsätzen von BGE 141 V 281 entsprechendes psychiatrisches Gutachten einholen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_678/2017 vom 12. März 2018 E. 5.4 und 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.4), erscheint es als sachgerecht, der Beschwerdegegnerin die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 477.70 (Patientenrechnung MRI L.\_\_\_\_, [...], vom 28. Juni 2017) und CHF 22'482.20

(Honorar-Rechnung K.\_\_\_\_, [...], vom 10. Oktober 2017), somit Begutachtungskosten von insgesamt CHF 22'959.90, aufzuerlegen. Die IV-Stellen haben im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen Grundsätze gestützt auf Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen (BGE 143 V 269 E. 7.2 S. 283).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Patrick Thomann, [...], wird auf CHF 3'841.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsvertreterin im Umfang von CHF 1'018.45, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. Die Beschwerdegegnerin hat die Begutachtungskosten von CHF 22'959.90 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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