

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.212 vom 1. Mai 2020**

SO Obergericht, 2020-05-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.212\\_d20200501](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.212_d20200501)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.212 du 1 mai 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.212 del 1 maggio 2020

## **Regeste**

berufliche Eingliederungsmassnahmen und Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 4**

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

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist

entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4.4 Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469, BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

5. Gemäss geltender bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Die Frage, ob eine diagnostizierte Schmerzstörung zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führe, stellt sich im Gegensatz zur früheren Rechtsprechung nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung einer Ausgangsvermutung. Das bisherige Regel- / Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens. Entscheidend beim strukturierten Beweisverfahren ist, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f., BGE 143 V 409 E. 4.5 S. 415 ff. mit Hinweisen).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Rente und / oder berufliche Massnahmen zu Recht verweigert hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende

medizinische Unterlagen relevant:

6.1 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostiziert in verschiedenen Berichten ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Der Beschwerdeführer sei seit fast einem Jahr 50 % arbeitsunfähig (Bericht vom 23. April 2014, IV-Nr. 7 S. 8 f.). MRT-Bilder zeigten degenerative Veränderungen von Bandscheiben und Intervertebralgelenken auf den beiden untersten Niveaus L4/5 und L5/S1 (Bericht vom 7. Mai 2014 IV-Nr. 7 S. 7). Konkret werden im MRT-Befund vom 2. Mai 2014 (IV-Nr. 7 S. 1) auf Höhe L4/5 eine beginnende Chondrose mit flacher, mediolateral links gelegener Hernierung und diskogen leicht asymmetrisch eingeengtem Recessus L5 links (unverändert) diagnostiziert, weiter eine zunehmende rechtsbetonte odematöse Osteochondrose L5/S1 mit bekannter diskogener Foraminalstenose L5 rechts, unverändert, sowie unveränderter flacher mediolateral rechts gelegener Hernierung und beginnender diskogener Einengung des Recessus S1 rechts, unverändert. In seinem Bericht vom 1. Dezember 2014 (IV-Nr. 15 S. 5 ff.) hält Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, er habe selber keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert. Beim letzten Konsultationsbericht habe er festgehalten, der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht voll arbeitsfähig für eine mittelschwere körperliche Tätigkeit. Sollte die aktuelle Tätigkeit nicht möglich sein, sei eine mangelnde Adaption an den Arbeitsplatz (zu geringer Kraftaufbau) dafür verantwortlich zu machen.

6.2 Im Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 27. Februar 2015 (IV-Nr. 19) werden folgende Diagnosen gestellt:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die bisherige Tätigkeit sei seit dem 11. August 2013 zu 50 % zumutbar, andere Tätigkeiten vollschichtig.

6.3 Im rheumatologischen Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin speziell Rheumatologie, vom 27. Juli 2015 (IV-Nr. 27) werden als Diagnosen ein chronisches tendomyotisches Thorakolumbalsyndrom (statisch, degenerativ, muskuläre Dysbalancen) sowie ein Verdacht auf hohe psycho / somatische Überlagerungssymptomatik bei erheblichen psychosozialen Problemen, depressiver Entwicklung, festgehalten. Das chronische tendomyotische Thorakolumbalsyndrom zeige sich mit lumbaler Dominanz bei allgemeiner Haltungsinsuffizienz, muskulären Dysbalancen sowie bei degenerativen Veränderungen der LWS. Der Beschwerdeführer schildere unter zunehmender Tagesbelastung mehrheitlich muskuläre Beschwerden am Achsenskelett, begleitet von Müdigkeit, Erschöpfung. Im Hintergrund stünden auch erheblich psychosoziale Probleme familiär. Es sei ihm nicht ganz klar, inwiefern der Beschwerdeführer in seinem Betrieb noch die schweren Arbeiten verrichten müsse. Rein von körperlicher Seite bestehe eine 20%ige Einschränkung.

6.4 Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestiert in seinem Arztbericht vom 11. Dezember 2015 (IV-Nr. 36) keine psychiatrischen Diagnosen. Es hätten 2015 zwei Sitzungen und 2014 drei Sitzungen mit dem Beschwerdeführer stattgefunden. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt.

6.5 Im vom Versicherungsgericht eingeholten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2018 (A.S. 40 ff.) werden folgende subjektiven Angaben des Beschwerdeführers festgehalten: Ca. im Jahr 2010 hätten Beschwerden im Bereich des

Rückens und der rechten Schulter begonnen und auch deutlich zugenommen (A.S. 46). Wegen unfallbedingter Rückenbeschwerden sei der Beschwerdeführer ab Mitte 2013 nicht mehr voll arbeitsfähig gewesen. Die aktuellen Schmerzen, insbesondere am Achsenskelett, seien teilweise in die Beine ziehend und im Schultergürtel rechtsbetont. Diese hätten nichts mit einem am 6. November 2014 erlittenen Unfall zu tun. Damals sei der Beschwerdeführer zeitlich begrenzt zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Arbeitsfähigkeit habe sich im Verlauf des folgenden Jahres wieder auf 50 % gesteigert (A.S. 47). Aktuell habe er insbesondere im Sitzen Kreuzschmerzen, diese seien stechend bis brennend. Die Schmerzen seien so stark, dass er dann nicht mehr sitzen könne und sich stehend und leicht gehend lockern müsse. Stehend schmerze dann zunehmend die mittlere Wirbelsäule, im Bereich der BWS träten eine Verkrampfung auf und zweitweise ein Spannungsgefühl im Schulter-Nacken-Bereich mit Armschmerz. Die Schmerzen auf der NRS-Skala seien im Liegen bei 2 von 10, beim Arbeiten bei 7 - 8 und bei Einnahme von Schmerzmitteln bei 3 - 5. Linderung habe er im Liegen. Zeitweise schmerzten ihn die Beine, dies zirkumferent. Entzündliche Schmerzen im Bereich der Gelenke mit Schwellungen habe er bisher keine. Er schlafe nachts gut, sei morgens gut erholt und könne auch gut aufstehen. Der Diabetes mellitus habe Einfluss auf seinen Alltag, weil er sich an ein straffes Regime halten müsse (A.S. 49). Er sehe sich nicht mehr als 50 % belastbar (A.S. 50).

Im Rahmen der Befunderhebung hält der rheumatologische Gutachter fest, die Kriterien für eine Fibromyalgie seien bei sechs von 18 Punkten nicht erfüllt (A.S. 52). Während der eineinhalbstündigen Anamnese stehe der Beschwerdeführer einmalig auf, um sich ein wenig zu lockern (A.S. 54). Haltungsanomalien oder ein Schonverhalten zeigten sich nicht. Das Aufrichten aus dem Sitzen sowie das Aufrichten von der Liege erfolge unauffällig und ohne Abstützen oder Schonhaltung. Neurologisch zeigten sich in der Trophik keine Muskelatrophien. Die Oberflächensensibilität sei symmetrisch, die Tiefensensibilität erhalten (A.S. 55). Auch hinsichtlich Reflexstatus, Nervendehntestungen und Kraftgrade sei das Ergebnis unauffällig. Die klinische Untersuchung zeige im Bereich der HWS eine unauffällige Rotation und Reklinationsmöglichkeit mit leichter Schmerzhaftigkeit endphasig im Sinne von muskulärem Schmerz kontralateral zur Rotation und Lateralflexion. Segmentale Dysfunktionen bestünden nicht. Im Bereich der BWS bestünden eine freie Flexion und Extension sowie Rotation sowie eine leichte Druckdolenz der paravertebralen Muskulatur. Segmentale Dysfunktionen bestünden nicht. Hinsichtlich der LWS sei ein freies Aufrichten ohne Kletterphänomen oder Schmerzangabe möglich. Es bestehe ein leicht positiver Quadrantentest lumbal linksseitig ohne Ausstrahlung. Im Weiteren gebe es keine segmentalen Dysfunktionen. Der Beckenring präsentiere sich ligamentär und muskulär stabil. In der Motor-Control-Testung zeige sich eine mässiggradige Einschränkung im Sinne einer mässiggradigen axialen Dekonditionierung. Die Waddel-Zeichen seien nicht auffällig (A.S. 56). Die Schultergelenke seien beidseits frei beweglich mit unauffälligen Resistivtestungen im Sinne einer erhaltenen Rotatorenmanschettenfunktion. Die Akromioklavikulargelenke seien indolent. Die Muskulatur im Bereich der Musculus trapezius pars descendens und horizontalis sei leicht druckdolent ohne Myogelosen. Die übrigen peripheren Gelenke seien mit funktionellem Normalbefund (A.S. 57). Ein aktuelles Röntgenbild der HWS, des rechten Schultergelenks sowie der LWS vom 29. Juni 2018 zeige eine beginnende Osteochondrose im Bereich L5/S1 ohne fortgeschrittene spondylarthrotische Veränderungen bei erhaltenem Alignment der gesamten LWS. Die HWS sei ohne fortgeschrittene degenerative Veränderungen. Das Schultergelenk sei unauffällig ohne Hinweis für eine indirekte Rotatorenmanschettenläsion.

Das Akromioklavikulargelenk sei ebenfalls unauffällig (A.S. 58).

Es werden folgende Diagnosen erhoben (A.S. 59):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

keine

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

6.6 Das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Juli 2018 (A.S. 95 ff.) wurde durch das Versicherungsgericht bereits mit Verfügung vom 6. März 2019 (A.S. 143 ff.) als nicht beweiswertig qualifiziert und daraufhin ein Obergutachten eingeholt. Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostiziert eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (A.S. 110), wobei es aber unterlassen wird, sämtliche Kriterien für eine solche zu diskutieren (so z.B. einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz oder eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung). Eine einwandfrei diagnostizierte Gesundheitsbeeinträchtigung wäre jedoch Voraussetzung für eine Beurteilung der daraus fliessenden funktionellen Einschränkungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_822/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 5.2.1. f.). Die in diesem Gutachten enthaltenen Schlussfolgerungen sind für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts daher nicht relevant und es ist nicht weiter auf das Gutachten einzugehen. Gleich verhält es sich mit den Ausführungen in der interdisziplinären Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_ (A.S. 69 ff.), soweit sie psychiatrische Überlegungen beinhalten.

6.7 Im ebenfalls vom Gericht eingeholten psychiatrischen Gerichtsgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. September 2019 (A.S. 161 ff.), werden folgende subjektiven Äusserungen des Beschwerdeführers wiedergegeben: Er könne wegen seiner Rückenproblematik seit 2013 nur noch 50 % arbeiten. Angefangen hätten die Beschwerden im Jahr 2003 mit Schulter- und Armschmerzen als Folge seiner schweren körperlichen Arbeit mit Überzeiten. Im Laufe der Zeit hätten sich diese Schmerzen auf den Rücken übertragen und 2013 sei es zur schmerzbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen. 2014 habe er von seiner Schwester die Anteile der GmbH übernommen und sei seither alleiniger Gesellschafter. Er habe grosse Ängste, was aus seiner Firma werde, wenn er einmal gar nicht mehr arbeiten könne. Die Firma werfe jetzt schon keinen Gewinn ab, er könne kein zusätzliches Personal einstellen. Deshalb habe er auf Anraten seines Hausarztes Leistungen bei der IV beantragt. Aktuelle psychische Beschwerden führe der Beschwerdeführer im offenen Interview keine an. Zu den Rückenschmerzen gebe er an, dass ihn diese bei der schweren Arbeit als Spritzlackierer so einschränkten, dass er maximal vier Stunden am Tag arbeiten könne. Dazu gehörten Büroarbeiten, Betriebsführung und leichte Spritzarbeiten (A.S. 166). Appetit-, Verdauungs- oder sexuelle Funktionsstörungen habe er keine. Einschneidende Erlebnisse im Leben gebe es nicht, die Kindheit sei glücklich gewesen. 1987 sei seine Mutter mit einem seiner Brüder aus politischen und wirtschaftlichen Gründen in die Schweiz migriert. 1988 seien er und 1990 seine Schwestern nachgekommen. Der Vater und die Halbgeschwister seien in der [ ] geblieben. 1992 sei seine Mutter unerwartet an Magenkrebs gestorben. In der Schweiz habe er immer 100 % als Schleifer und Lackierer gearbeitet. In der Zeit, als er für die Familie aufgekommen sei, habe er teilweise bis zu zwölf Stunden am Tag gearbeitet. Seine eigene Firma habe er 2011 gegründet. Anfänglich sei seine Schwester Gesellschafterin gewesen. Seit 2013 sei er alleiniger Gesellschafter. Der Betrieb stehe wirtschaftlich gut da. Sollte er

aber nicht mehr mitarbeiten können, würde der Betrieb keinen Gewinn mehr für ihn abwerfen. Aktuell beziehe er von der GmbH einen Lohn von CHF 7'000.00 (A.S. 167). Er arbeite derzeit etwa vier Stunden, die Hälfte davon in der Werkstatt. Spritzlackieren könne er aus gesundheitlichen Gründen nur eine Stunde am Tag. 1996 habe er zum ersten Mal geheiratet. 2008 sei es zu Scheidung gekommen. Aus der Ehe habe er zwei Kinder, für die er aufkommen müsse (A.S. 168).

Sein Tagesablauf sehe so aus, dass er um ca. 6:00 Uhr aufstehe und in der Regel von 7:00 bis 12:00 Uhr im Büro sei, ausnahmsweise auch mal bis 14:00 Uhr. Dort müsse er immer wieder halbstündige Ruhepausen wegen starker Schmerzen in Rücken und Schulter einlegen können. Meistens leite er die Angestellten in ihre Aufgaben ein, erledige Büroarbeiten. Wenn nötig helfe er beim Lackieren. Das gehe aber nicht länger als eine Stunde. Das Mittagessen nehme er zu Hause ein. Ausser dem Abwasch nach dem Essen übernehme er keine Haushaltsarbeiten. Das erledige seine Frau. Nach dem Essen lege er sich meistens 60 bis 90 Minuten hin und gehe am Nachmittag zu Fuss oder mit dem Auto einkaufen. Grosse Einkäufe erledige er mit der Ehefrau. Das Abendessen bereite die Frau zu. Hinterher sehe er meist noch etwas fern und gehe in der Regel um 22:00 Uhr zu Bett. An Wochenenden treffe er sich mit Verwandten, Bekannten und Freunden, es gebe Besuche bei ihnen oder bei den anderen. Er habe einen grossen Familien-, Bekannten- und Freundeskreis (A.S. 168).

Als er grosse Konflikte mit seinem Bruder gehabt habe, habe er auf Empfehlung des Hausarztes einen Psychiater aufgesucht (A.S. 168). In der Folge sei es ihm immer besser gelungen, sich vom Bruder zu distanzieren. Medikamente habe er keine verschrieben bekommen. Er nehme aktuell vom Hausarzt verordnete Schmerzmedikamente sowie Blutzuckermedikamente ein und ein antidepressiv wirksames Medikament, das ihn beruhige und keine Nebenwirkungen verursache. Er betrachte sich selber wegen der Schmerzen als maximal 50 % arbeitsfähig. Ideale Bedingungen habe er in seinem Betrieb, wo er sich die Arbeit selber einteilen und variieren könne und auch die Gelegenheit habe, sich bei körperlichen Beschwerden auszuruhen. Hätte er keine Rückenbeschwerden, könnte er zu 100 % arbeiten. Psychische Beschwerden, die die Arbeitsfähigkeit einschränkten, habe er aus seiner Sicht keine (A.S. 169).

Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Der Beschwerdeführer sitze während der ganzen Untersuchung ruhig auf dem Stuhl, klage nicht über Schmerzen und verändere seine Sitzposition nicht entlastend (A.S. 169). Es fänden sich keine kognitiven Defizite. Insbesondere seien Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Wachheit und Durchhaltevermögen, Sprachverhalten, Intelligenz und Auffassungsgabe nicht relevant eingeschränkt. Mit Ausnahme von sozialem Rückzug liege in keinem der für eine depressive Störung zu prüfenden Items ein auffälliger Befund vor, weder in leichter oder mittelschwerer, noch in schwerer Ausprägung. Auf Grund der klinischen Befunderhebungen der Selbst- und Fremdbeurteilungskriterien liege demnach eindeutig kein depressives Zustandsbild mit Relevanz für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vor. Beim sozialen Rückzug bilde sich eine partielle Einschränkung der sozialen Teilhabe im beruflichen Bereich, die durch einen jahrelangen Verlauf ohne Rückbildung gekennzeichnet sei und im privaten Bereich kein vergleichbares Äquivalent finde (A.S. 170). In der Persönlichkeit des Beschwerdeführers fänden sich in der klinischen Untersuchung keine Auffälligkeiten im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitsmerkmalen, insbesondere auch keine Hinweise für eine

Persönlichkeitsstörung. Der Beschwerdeführer habe sich bis dato nur einmal für kurze Zeit in psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung befunden, ohne dass eine psychiatrische Diagnose gestellt worden sei. Die gegenwärtigen blanden psychopathologischen Untersuchungsbefunde deckten sich mit der blanden psychiatrischen Untersuchung des Psychiaters Dr. med. J. \_\_\_ in seinem Bericht vom 11. Dezember 2015. Hinweise auf ein Simulieren der körperlichen Beschwerden ergäben sich in der aktuellen Untersuchung keine. Ein eher bewusstseinsnahes Verstärken der Beschwerden könne hingegen nicht sicher ausgeschlossen werden. Zumindest sei ein eher bewusstseinsfernes Überzeichnen der Beschwerden als gegeben anzunehmen. In den psychometrischen Testuntersuchungen erreiche der Beschwerdeführer durchwegs im hohen Normbereich liegende Testergebnisse, was in Verbindung mit dem blanden klinischen Untersuchungsbefund mit hoher Wahrscheinlichkeit gegen das Vorliegen von bedeutsamen kognitiven Funktionseinbussen spreche (A.S. 171). Im Beckmischen Depressionstest liege der Score bezogen auf die aktuelle Untersuchungssituation bei acht Punkten, auch explizit den Zeitraum vor 1996 (recte: 2016) betreffend. Der Hamilton-Depressionstest bestätige diesen Befund. Die Resultate sprächen eindeutig gegen das Vorliegen eines relevanten depressiven Zustandsbilds. Der ehemals behandelnde Dr. med. J. \_\_\_ sei telefonisch zu seiner zurückliegenden Behandlung befragt worden. Dieser bestätige, den Beschwerdeführer im November bis Dezember 2014 in drei Sitzungen gesehen zu haben und im Jahr 2015 je einmal am 12. Januar und 18. August. Der Beschwerdeführer sei durch den Tod der Eltern und die Übernahme der Vaterrolle für die jüngeren Geschwister arbeitsmässig sehr belastet gewesen. Die angebotenen Gespräche hätten zu einer deutlichen Entlastung geführt und die Spannungen beim Beschwerdeführer vermindert. Bei fehlender psychiatrischer Krankheitssymptomatik seien die Gespräche in beidseitigem Einvernehmen im August 2015 definitiv beendet worden. Der Konsultation im August 2015 sei eine besondere Konfliktsituation mit einem jüngeren Bruder vorausgegangen, die aber keiner weiteren Begleitung bedurft habe. Dr. med. J. \_\_\_ habe dem Beschwerdeführer keine Psychopharmaka verschrieben (A.S. 172).

Zur Arbeitsfähigkeit wird im Gutachten sowie in der Ergänzung vom 22. Mai 2019 (A.S. 158 f.) festgehalten, der Beschwerdeführer sei auf Grund von unfallbedingten Rückenbeschwerden ab Mitte 2013 nicht mehr voll arbeitsfähig gewesen, weshalb Leistungen der Unfallversicherung Suva bis zum 16. Februar 2014 erfolgt seien (A.S. 62). In der angestammten Tätigkeit, die eine dominant leichte Tätigkeit in der Administration, Organisation und Bestellung beinhalte, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die leichteren Tätigkeiten im Betrieb, auch Lackiertätigkeiten, könnten ebenfalls zu 50 % ausgeführt werden. Somit sei durch eine optimale Arbeitsorganisation aus rein somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben. Eine angepasste Tätigkeit beinhalte eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit (A.S. 63). Es könne davon ausgegangen werden, dass durch die ärztlichen Kollegen bereits vor dem 9. Juni 2016 eine körperliche Belastungsfähigkeit vorgelegen habe, welche eine dem Leiden adaptierte Tätigkeit angepasste Tätigkeit ermöglicht hätte. Es könne weiter gefolgert werden, dass die im Gutachten angegebene Haupttätigkeit einer Administration im eigenen Betrieb, mit der Möglichkeit einer flexiblen Arbeitseinteilung, als leichte wechselbelastende Tätigkeit gewertet werden könne und bei gleichzeitig vorgeschlagenem intensivem Training eine solche Tätigkeit medizinisch-theoretisch zu 100 % möglich gewesen wäre. Im Zeitraum 2013 bis 9. Juni 2016 habe ein stabiler Gesundheitszustand bestanden und der körperliche Gesundheitszustand habe sich nachfolgend tendenziell gebessert. Auch die Partizipation im

Alltag sei durchwegs gewährleistet gewesen (A.S. 158). Die ab 2015 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % könne nur für die angestammte Tätigkeit als Lackierer, nicht aber für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit für administrative Tätigkeiten im eigenen Betrieb attestiert werden. Retrospektiv könne davon ausgegangen werden, dass ab dem Jahr 2015, in der damals angestammten Tätigkeit mit dominant leichter Tätigkeit in der Administration, Organisation und Bereitstellung sowie Erledigungen im eigenen Betrieb, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus rein somatischer Sicht hätte erfolgen können (A.S. 159). Dr. med. C. \_\_\_ beruft sich bei dieser retrospektiv vorgenommenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf die in den Akten vorhandenen Berichte der behandelnden Ärzte. Der Rheumatologe Dr. med. G. \_\_\_ erachtete den Beschwerdeführer im September 2014 für eine mittelschwere Arbeit als voll arbeitsfähig, die Weiterführung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % liess sich aus seiner Sicht nicht mehr begründen. Wenn der Beschwerdeführer vor einem konsequenten Training zurückschrecke, so müsse er sich eine körperlich leichtere Tätigkeit suchen (IV-Nr. 19 S. 6). Eine solche angepasste Arbeit wäre mithin schon damals ohne weiteres uneingeschränkt in Frage gekommen. Der Allgemeinmediziner Dr. med. I. \_\_\_ wiederum sah im Februar 2015 eine Arbeit mit reduzierter Rückenbelastung als ganztags zumutbar an (IV-Nr. 19 S. 5). Der Rheumatologe Dr. med. F. \_\_\_ sprach diesbezüglich im Juli von einer Einschränkung von 20 % (IV-Nr. 27 S. 2), wobei nicht angeführt wird, auf welche Art von Tätigkeit diese Einschränkung bezogen wird bzw. ob sie auch für leichte bis mittelschwere Arbeiten Geltung haben sollte. Dr. med. F. \_\_\_ hielt unmittelbar vor der getroffenen Einschätzung jedenfalls fest, dass ihm nicht ganz klar sei, inwiefern der Beschwerdeführer in seinem Betrieb noch schwere Arbeiten verrichten müsse. Da eine retrospektive Beurteilung vorzunehmen ist, haben die echtzeitlichen ärztlichen Berichte für die Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_ eine erhöhte Bedeutung. Auf Grund seines Verweises auf die behandelnden Ärzte können seine Ausführungen so verstanden werden, dass schon vor Erlass der angefochtenen Verfügung eine angepasste Tätigkeit uneingeschränkt und ohne weitere Behandlungsmassnahmen umsetzbar gewesen wäre. Somit bestand zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in einer angepassten Tätigkeit, leicht bis mittelschwer und wechselbelastend, keine relevante Arbeitsunfähigkeit.

Weiter führt Dr. med. E. \_\_\_ aus, angesichts der fehlenden somatischen Korrelate für die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzzustände sei aus psychiatrischer Sicht das Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne des ICD-10 F45.4 oder einer Verhaltensstörung gemäss ICD-10 F68.0 / F68.1 und einer damit verbundenen allfälligen Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu prüfen (A.S. 173). Betrachte man die Definition der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, so falle ein den Beschwerdeführer quälender Schmerz nicht ins Auge. Hingegen seien die übrigen Faktoren gegeben, zumindest was die Anfangsphase angehe. So sei diese geprägt von einer länger dauernden psychosozialen Belastung, als der Beschwerdeführer nach dem Tod der Mutter, damals 19-jährig, die Rolle des Vaters übernommen habe, für das wirtschaftliche Überleben der Familie eingetreten sei und sich arbeitsmässig überfordert habe. Im weiteren Verlauf sei er in einen für ihn unlösbaren Konflikt mit dem immer mehr Geld verlangenden jüngeren Bruder geraten. Diesen habe er zwar mit Hilfe des Psychiaters lösen können, doch habe sich zu diesem Zeitpunkt die somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung nach einem Bagatellunfall bereits entwickelt und sei bis heute aufrechterhalten geblieben. So stehe der körperliche Schmerz, was seine berufliche Tätigkeit anbelange, unverrückbar im Zentrum. Die Qualität des Schmerzes als quälend sei dabei nicht erkennbar, ebenso wenig die Einschränkung der sozialen Teilhabe im privaten Lebensbereich, die deutlich niedriger

ausfalle als im beruflichen. Die eigentümlich anmutende inhaltliche Begründung des Beschwerdeführers für den Rentenantrag lasse an eine Renten neurose denken. Bei genauerer Überprüfung sei feststellbar, dass die diagnostischen Kriterien für die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen im Sinne des ICD-10 F68.0 erfüllt seien: Schmerzen, vereinbar mit und ursprünglich verursacht durch eine gesicherte körperliche Störung (vorübergehende Rückenschmerzen nach banalem Trauma) würden wegen des psychischen Zustands aggraviert oder hielten länger an, als es durch die Störung erklärt werden könne. Letztlich werde diagnostisch von einer Mischform einer anfänglich anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und im weiteren Verlauf einer sich entwickelnden Verhaltensstörung mit Schmerz als Leitsymptom ausgegangen (A.S. 174). Angesichts des soziokulturellen Hintergrunds des Beschwerdeführers aus der [ ], wo psychische Störungen eine niedrige Akzeptanz hätten, müsse es nicht erstaunen, dass es ihm auf unbewusste Weise leichter gefallen sei, physische Beschwerden den psychischen Beschwerden voranzustellen. Die unterschiedliche Ausprägung des sozialen Rückzugs könne auch auf diese Umstände zurückgeführt werden. Eine Behandlung dieser psychischen Störung habe bis heute nicht stattgefunden. Grundsätzlich seien tiefenpsychologisch aufdeckende Gesprächstherapien geeignet, den Auswirkungen der beschriebenen psychischen Beschwerden entgegenzuwirken, sofern sich die Betroffenen auf diese Form der Behandlung wirklich einlassen könnten. Die Inkonsistenzen in Zusammenhang mit dem psychischen Beschwerdebild des Beschwerdeführers seien bereits zuvor hinreichend dargestellt worden. Sie seien störungsimmanent, aber therapeutisch grundsätzlich angebar (A.S. 175). Der Beschwerdeführer habe sich mit seinem eigenen Betrieb gut etabliert, habe noch annähernd zwei Jahrzehnte potenzielle Arbeitszeit vor sich und gute Möglichkeiten, sich im Betrieb so einzurichten, dass er sich wie in einem geschützten Arbeitsplatz vor Überforderung schützen, besondere Engagement für die anderen Angestellten zeigen und sich einer intensiven Gesprächstherapie unterziehen könne. Er sei mit einem monatlichen Bezug von CHF 7'000.00 aus der GmbH finanziell in der Lage, seinen sozialen Verpflichtungen nachzukommen. Dies seien gute Voraussetzungen, um die eigene Arbeits- und Leistungsfähigkeit sukzessive steigern zu können (A.S. 176).

Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit führt der Gutachter weiter aus, anhaltende somatoforme Schmerzstörungen würden nicht per se mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit einhergehen. Schmerzen könnten aber zu einer qualitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit führen, denn einerseits werde das Durchhaltevermögen geschwächt und andererseits die Fehleranfälligkeit beim Arbeiten erhöht. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers werde im vorliegenden Gutachten nicht primär bezogen auf die Diagnosestellungen somatoforme Schmerzstörung kombiniert mit der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen selber vorgenommen, sondern anhand der erhobenen klinischen Untersuchungsbefunde mit deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mittels IFAP1 und IFAP2 abgeleitet (A.S. 176). Auf Grund aller erhobenen psychopathologischen Befunde und der daraus ableitbaren Einschränkungen liege aus rein psychiatrischer Sicht gegenwärtig eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20 % vor (A.S. 174 + 176). Dies betreffe alle beruflichen Tätigkeiten, denn nicht die Arbeitsplatzbedingungen, sondern die psychischen Beeinträchtigungen zeichneten für die Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit verantwortlich. Der Beschwerdeführer könne bei einer Arbeitszeit von 42 Stunden pro Woche 6,6 Stunden täglich arbeiten. Die

Einschränkung der Leistung sei in der zumutbaren Arbeitszeit schon einberechnet. Dies betreffe sowohl die Gegenwart als auch die Zeit vor Juni 2016 (A.S. 178). Angesichts der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20 % und der aktuellen beruflichen Tätigkeit von 50 % im eigenen Betrieb erschienen berufliche Massnahmen nicht angebracht. Bedeutsamer sei die therapeutische Behandlung der psychischen Störung, deren Zweck vor allem darin liege, die Arbeitsfähigkeit von 80 % zu erhalten und im Idealfall auf 100 % auszuweiten (A.S. 180).

8. Der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich (s. dazu Art. 16 ATSG) ist unbestritten geblieben und im Grundsatz auch nicht zu beanstanden. So wurde für die Bemessung des Valideneinkommens von den im Arbeitgeberbericht der Firma B.\_\_\_\_ GmbH vom 7. November 2014 (IV-Nr. 12) gemachten Angaben ausgegangen, wonach das monatliche Einkommen seit dem 1. Januar 2014 CHF 5'500.00 (für ein Vollzeitpensum) betrug und im Jahr 2015 gemäss telefonischer Auskunft des Beschwerdeführers selbst immer noch gleich hoch gewesen war (s. Protokolleintrag in den IV-Akten vom 26. Mai 2015). Das Valideneinkommen beläuft sich damit auf CHF 66'000.00. Bei der Bemessung des Invalideneinkommens wurde angenommen, dass dem Beschwerdeführer auf Grund der verbleibenden beruflichen Aktivitätsdauer von 23 Jahren und der relativ kurzen beruflichen Tätigkeit im eigenen Unternehmen (Geschäftsübernahme im März 2015, IV-Nr. 30) die Aufgabe des eigenen Geschäfts zumutbar gewesen sei, sofern er sich nicht der Lage fühle den Betrieb so einzurichten, dass er seine Arbeitsfähigkeit ausschöpfen könne (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2015 vom 3. November 2015 E. 3.3.1, wonach eine Betriebsaufgabe nur unter strengen Voraussetzungen unzumutbar ist). Es wurde daher auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der herangezogene Tabellenlohn (LSE 2012 TA1\_tirage\_skill\_level / Total / Niveau 1 / Männer, CHF 5'210.00, inkl. Aufrechnung Wochenstunden 2012/2013 und Aufrechnung Nominallohnindex 2012/2013) erscheint im Lichte des zumutbaren Profils zwar korrekt, jedoch wurden nicht die aktuellsten Tabellen herangezogen. Rechtsprechungsgemäss sind die im Verfügungszeitpunkt jeweils aktuellsten veröffentlichten Tabellen zu verwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2). Die Zahlen der LSE 2014 wurden am 15. April 2016, mithin vor Erlass der angefochtenen Verfügung publiziert, es ist also auf die Zahlen der LSE 2014 abzustellen und eine Aufrechnung von Wochenstunden sowie eine Anpassung des Nominallohnindexes auf das Jahr 2015 vorzunehmen. Das Invalideneinkommen beträgt damit unter Berücksichtigung dieses Tabellenlohns (LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level/ Total / Niveau 1 / Männer, 12 x CHF 5'312.00 [s. unter<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.12488207.html>, alle Websites aufgerufen am 1. Mai 2020], inkl. Aufrechnung Wochenstunden 2014 / 2015 [: 40 x 41,7; Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen / Total,<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.8467484.html>] und Aufrechnung Nominallohnindex 2014 / 2015 [:103,2 x 103,5; Schweizerischer Lohnindex, Tabelle T1.1.10 / Total,<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnentwicklung.assetdetail.8046226.html>]) und mit dem von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen leidensbedingten Abzug von 10 % CHF 59'982.00. Es resultiert damit ein Invaliditätsgrad von 9,11 %. Würde man von der rechtlich verworfenen gutachterlichen Einschätzung ausgehen und eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit annehmen, betrüge der Invaliditätsgrad 27,22 %, was ebenfalls nicht zu

einem Rentenanspruch führen würde. Zum gleichen Ergebnis (bzw. einem rein rechnerischen Invaliditätsgrad von 10 %) kommt man unter Berücksichtigung der Tatsache, dass zum Verfügungszeitpunkt die Tätigkeit in der eigenen GmbH weitergeführt wurde und der Beschwerdeführer noch immer einen Lohn von CHF 5'500.00 bezog, wie er selber am Telefon gegenüber der Beschwerdegegnerin am 26. Mai 2015 ausführte. Auch im Rahmen der Begutachtungen im Beschwerdeverfahren führte er aus, trotz nur 50%iger Arbeitstätigkeit einen Lohn von CHF 7'000.00 aus der GmbH zu beziehen. Es ist daher nicht ersichtlich, inwiefern überhaupt eine rentenrelevante Erwerbseinbusse bestehen soll. Ein Rentenanspruch wurde somit zu Recht abgelehnt. Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen besteht gestützt auf die Tatsache, dass keine relevante Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ebenfalls nicht. Die Beschwerde ist abzuweisen.

9.3 Die eingeholten Gerichtsgutachten mussten veranlasst werden, weil sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid auf eine unvollständige Aktenlage abstützte. Unter diesen Umständen liegt eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes von Seiten der Beschwerdegegnerin vor, weshalb diese ■ unter Anwendung der Grundsätze von BGE 139 V 496 ■ die Kosten von gesamthaft CHF 15'932.45 zu übernehmen hat. Das Gesagte gilt auch für das nicht beweiskräftige Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 3. Juli 2018. Hätte die Beschwerdegegnerin die notwendigen Abklärungen im Verwaltungsverfahren bereits vorgenommen, hätte sie das Risiko, dass sich eingeholte Expertisen als nicht beweiskräftig erweisen, ebenfalls tragen und hiernach weitere Abklärungen tätigen müssen.

Demnach widerkannt:

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

4. Die IV-Stelle hat die Kosten für die Gerichtsgutachten von Dr. med. C. \_\_\_, Dr. med. D. \_\_\_ und Dr. med. E. \_\_\_ inkl. durchgeführte Untersuchungen und Ergänzungen, von gesamthaft CHF 15'932.45 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

Haldemann

**E. 24**

und 26). Weitere Arztberichte gingen daraufhin bei der Beschwerdegegnerin ein. Zudem wurde der Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin mit der Erstellung eines Situationsberichts beauftragt (IV-Nr. 33). 5. Mit Verfügung vom 9. Juni 2016 (Aktenseite / A.S. 1 ff.) lehnt die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Rente und /

oder berufliche Massnahmen ab. 6. Gegen die genannte Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 16. August 2016 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (A.S. 5 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. Juni 2016 aufzuheben. 2. Es sei die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und zur Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen sowie zur Neufestsetzung des Invaliditätsgrads an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 3. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung zu bewilligen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 7. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 14. September 2016 (A.S. 16) grundsätzlich auf weitere Ausführungen und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen. Der Beschwerdeführer lässt sich am 6. Oktober 2016 noch einmal vernehmen (A.S. 20 f.). 8. Mit Eingabe vom 18. Oktober 2016 (A.S. 23) zieht der Beschwerdeführer sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsverbeiständung zurück. Am 15. November 2016 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote zu den Akten (A.S.

## **E. 28**

ff.). 9. Mit Verfügung vom 7. März 2018 (A.S. 32 f.) stellt das Versicherungsgericht den Parteien in Aussicht, bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, sowie Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein bidisziplinäres gerichtliches Gutachten einzuholen. Der Beschwerdeführer lässt mit Eingabe vom 11. April 2018 (A.S. 35) mitteilen, dass keine Einwände gegen die Gutachter bestünden und keine Zusatzfragen gestellt würden. Die Beschwerdegegnerin lässt sich innert Frist nicht vernehmen (s. A.S. 36). 10. Mit Verfügung vom 24. April 2018 (A.S. 36 f.) wird das bidisziplinäre Gutachten in Auftrag gegeben. Dieses wird am 29. Juni 2018 (A.S. 40 ff.), 3. Juli 2018 (A.S. 95 ff.) bzw. 9. Juli 2018 (A.S. 69 ff.) erstattet. 11. Mit Verfügung vom 17. Juli 2018 (A.S. 115 f.) gibt das Versicherungsgericht den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Gutachten. Die Beschwerdegegnerin kommt dem am 18. September 2018 nach (A.S. 126 ff.), der Beschwerdeführer am 24. September 2018 (A.S. 131 ff.). 12. Mit Eingabe vom 8. Oktober 2018 (A.S. 139 ff.) reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine ergänzende Kostennote zu den Akten. 13. Mit Verfügung vom 6. März 2019 (A.S. 143 f.) stellt das Versicherungsgericht den Parteien in Aussicht, ein weiteres psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einzuholen. Des Weiteren wird festgehalten, dass beabsichtigt sei, Zusatzfragen an den rheumatologischen Gutachter, Dr. med. C.\_\_\_\_, zu stellen. Die Beschwerdegegnerin verzichtet gemäss Eingabe vom 12. März 2019 (A.S. 146) auf Rückäusserungen, der Beschwerdeführer lässt sich am 27. März 2019 vernehmen (A.S. 148 f.). 14. Das psychiatrische Gutachten sowie die Aufforderung zur Beantwortung von Ergänzungsfragen werden mit Verfügung vom 1. April 2019 (A.S. 150 ff.) in Auftrag gegeben. 15. Mit Schreiben vom 22. Mai 2019 (A.S. 158 f.) äussert sich Dr. med. C.\_\_\_\_ zu den Ergänzungsfragen. 16. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ wird am 9. September 2019 erstattet (A.S. 161 ff.). Mit Verfügung vom 16. September 2019 (A.S. 183 f.) gibt das Versicherungsgericht den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme zu den neu eingeholten Unterlagen. Hiervon lässt der Beschwerdeführer am 7. Oktober 2019 Gebrauch machen (A.S. 186 ff.), wobei gleichzeitig eine ergänzende Kostennote eingereicht wird (A.S. 192 f.). Die Beschwerdegegnerin wiederum lässt sich innert Frist nicht vernehmen (s. A.S. 194). 17. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften

der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Lackierer mit bis zu mittelschwerer körperlicher Belastung weiterhin in einem 100%-Pensum zumutbar sei. Ebenfalls bestehe für mittelschwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer könne so weiterhin ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung habe man mit einem Abzug vom Tabellenlohn von 10 % Rechnung getragen. Der Invaliditätsgrad betrage 10 %. Zum Einwand nehme man wie folgt Stellung: Ein Wechsel in eine unselbständige Tätigkeit sei zumutbar. Vorliegend stehe eine noch relativ lange verbleibende Aktivitätsdauer von 23 Jahren einer relativ kurzen Zeit der bisherigen Tätigkeit im eigenen Unternehmen gegenüber. Dem Arztbericht von Dr. med. F. \_\_\_ lasse sich keine neue Diagnose entnehmen. Der behandelnde Psychiater stelle keine Diagnose aus dem psychiatrischen Formenkreis. In der Beschwerdeantwort vom 14. September 2016 (A.S. 16) wird ergänzend ausgeführt, es sei eher auf den Bericht von Dr. med. G. \_\_\_ als auf denjenigen von Dr. med. F. \_\_\_ abzustellen, weil Dr. med. G. \_\_\_ den Beschwerdeführer als behandelnder Rheumatologen mehrfach gesehen habe, Dr. med. F. \_\_\_ hingegen nur einmal. Zum bidisziplinären Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ und Dr. med. D. \_\_\_ führt die Beschwerdegegnerin am 18. September 2018 (A.S. 126 ff.) aus, die dort attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Zum gleichen Schluss komme auch der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) in der Person von Dr. med. H. \_\_\_. Die Befunde seien gering ausgeprägt, es bestehe seit Jahren keine psychiatrische Behandlung und eine solche werde gutachterlich auch nicht als indiziert erachtet. Es bestünden kein erheblicher Leidensdruck, keine Komorbiditäten, keine auffälligen Persönlichkeitsanteile, der soziale Kontext sei unauffällig und auch eine Konsistenz sei nicht gegeben, wenn man sehe, was der Beschwerdeführer zu Hause mache, aber nur 50 % arbeiten könne. Aus der Optik des Rechtsanwenders lasse sich die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % nicht nachvollziehen. 2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 5 ff.) entgegenhalten, die Beschwerdegegnerin habe den rechtserheblichen Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Die Feststellung, dass die bisherige Tätigkeit und andere mittelschwere Tätigkeiten zu 100 % zumutbar seien, gründe nicht auf genügenden Abklärungen des vorhandenen funktionellen Leistungsvermögens und der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Die Beschwerdegegnerin habe keine medizinische Abklärung veranlasst. Die Voraussetzungen für einen Verzicht darauf seien nicht erfüllt. Die vorhandenen Berichte der behandelnden Ärzte entsprächen sich nicht. Während Dr. med. G. \_\_\_ keine Einschränkung in der bestehenden Tätigkeit bescheinige, sofern ein aufbauendes Krafttraining befolgt werde, bescheinigten Dr. med. I. \_\_\_ und Dr. med. F. \_\_\_ eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausserdem bescheinige Dr. med. G. \_\_\_ zum aktuellen Zeitpunkt nur eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten. Ob das aufbauende Krafttraining tatsächlich den von ihm prognostizierten Erfolg bezüglich der belastungsabhängigen Schmerzen habe, sei ungewiss. Es hätte somit eine externe medizinische Beurteilung erfolgen müssen. Zutreffend sei lediglich, dass es bei derzeitiger Aktenlage keine genügenden Anhaltspunkte für die Notwendigkeit der Einholung einer psychiatrischen Expertise gebe. In der Replik (A.S. 20 f.) lässt der Beschwerdeführer

zudem ausführen, dass der Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ aktueller sei als derjenige von Dr. med. G.\_\_\_\_. In der Stellungnahme vom 24. September 2018 zum bidisziplinären Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_ (A.S. 131 ff.) lässt der Beschwerdeführer geltend machen, das rheumatologische Gutachten sei nicht beweiswertig. Der Gutachter halte fest, der Beschwerdeführer habe eine halbe Stunde beschwerdefrei im Wartezimmer verbracht. Es stelle sich die Frage, auf welche Beobachtungen sich diese Behauptung stütze. Es sei weiter aktenwidrig, dass der Beschwerdeführer von 1992 bis 2018 zu 100 % als Lackierer gearbeitet habe. Dies stehe in Widerspruch zu seinen Angaben, wonach er auf Grund der Schmerzen, zunehmender Müdigkeit und Erschöpfung insgesamt und vorwiegend im administrativen Bereich 50 % arbeiten könne. Der Gutachter halte fest, es zeige sich in der aktuellen Untersuchung kein Schonverhalten, in der Beurteilung stehe hingegen, es bestehe ein solches. Die Untersuchungsbefunde bezögen sich ausschliesslich auf den aktuellen Zustand und trügen nichts zu Abklärung des vom Gericht zu beurteilenden Sachverhalts bis 9. Juni 2016 bei. Der Gutachter erkenne an, dass die Kriterien eines Fibromyalgiesyndroms für den relevanten Zeitpunkt durchaus erfüllt sein könnten. Die aktuelle, vom Gutachter festgestellte Besserung sei für die gerichtliche Beurteilung gänzlich unbeachtlich. Der Gutachter gebe zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit an, dass seit Mitte 2013 mindestens eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, die sich nach dem Auffahrunfall vom 6. April 2014 auf 100 % erhöht habe. Im Verlauf des Jahres 2015 habe die Arbeitsfähigkeit auf 50 % gesteigert werden können. Die angeblich durch eine optimale Arbeitsorganisation zu erreichende Arbeitsfähigkeit von 100 % könne, wenn überhaupt, erst für den Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung gelten. Im zu beurteilenden Sachverhalt sei aber von einer durchgehenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Auch das psychiatrische Gutachten sei nicht beweiskräftig. Der Gutachter stütze seine Beurteilung ausschliesslich auf die aktuelle psychiatrische Untersuchung, weshalb sein Gutachten nichts zur Feststellung des relevanten Sachverhalts beitragen könne. Ohne Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater werde festgehalten, dass in der Vergangenheit keine depressive Episode habe eruiert werden können. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht scheine auf Grund der aktuellen und seit 2017 gebesserten Situation ab dem Zeitpunkt der Begutachtung nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar sei aber, dass seit 2013 keine höhere Arbeitsunfähigkeit bestanden haben solle. Für den massgebenden Sachverhalt ab 2013 bis 9. Juni 2016 sei damit von einer Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit von mindestens 50 % auszugehen. In der Stellungnahme vom 7. Oktober 2019 zum Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ (A.S. 186 ff.) lässt der Beschwerdeführer schliesslich ausführen, auch dieser Gutachter habe den Umstand, dass nur der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung zu beurteilen sei, zu wenig beachtet. Zum Gesundheitszustand bis 2016 nehme dieser angeblich eine Abklärung mittels des Beck'schen Depressionstests vor, führe im Ergebnis aber kein Resultat für die Zeit bis 2016 an, sondern nur für die Zeit vor 1996. Dieser Zeitpunkt sei aber gar nicht relevant. Zudem handle es sich beim Beck'schen Depressionstest um einen Selbstbeurteilungsbogen, bei welchem der Beschwerdeführer selbst Fragen zu seiner momentanen Gemütslage beantworten müsse. Abgesehen davon gebe es im gesamten Gutachten zur Abklärung des massgeblichen Gesundheitszustands bis 9. Juni 2016 nur noch ein angebliches Telefonat mit dem behandelnden Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_. In diesem soll Dr. med. J.\_\_\_\_ mitgeteilt haben, dass der Beschwerdeführer nur bis 18. August 2015 bei ihm in Behandlung gewesen sei. Im Gegensatz dazu stehe im Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ jedoch, dass der Beschwerdeführer bis 2017 dort in Behandlung gewesen sei. Auch in Widerspruch zur Aktenlage stehe, dass

Dr. med. J.\_\_\_\_ am Telefon gesagt haben sollte, keine Medikamente abgegeben zu haben. Im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2015 stehe, dass der Beschwerdeführer seit längerem Cymbalta von Dr. med. J.\_\_\_\_ verschrieben erhalte. Deshalb seien diese Angaben mit Vorsicht zu geniessen. Die übrige Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_ folge aus aktuellen Befunden im Untersuchungszeitpunkt, welche für das vorliegende Verfahren irrelevant seien. Die Schlussfolgerung, dass der Gesundheitszustand 2016 dem aktuellen entsprochen habe, erweise sich nicht als begründet und sei nicht nachvollziehbar. Auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei für den Zeitraum bis 9. Juni 2016 nicht nachvollziehbar. Bis zu diesem Zeitpunkt lasse sich nicht begründen, dass es für die geklagten Schmerzen kein somatisches Korrelat aus rheumatologischer Sicht gegeben habe. Zur Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2019 sei im Weiteren zu sagen, dass nicht nachvollziehbar sei, woraus gefolgert werden sollte, dass bei einem intensiven Training eine administrative Tätigkeit im eigenen Betrieb zu 100 % möglich gewesen wäre. Abgesehen davon gebe es im eigenen Betrieb keine administrative Tätigkeit zu 100 %. Zumindest sei gemäss Angabe von Dr. med. C.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit bis 9. Juni 2016 ohne das vorgeschlagene Training auch in einer leichten Tätigkeit keine 100 % betragen habe. Der Gesundheitszustand habe sich nach ihm erst nachträglich tendenziell gebessert, was für die Arbeitsunfähigkeit von 50 % in jeglicher Tätigkeit spreche. Die zweite Antwort von Dr. med. C.\_\_\_\_ widerspreche sodann seinen Ausführungen im Gutachten. Offensichtlich gehe dieser davon aus, dass die Arbeit im eigenen Betrieb als angepasste Tätigkeit gelte. Die Arbeitsfähigkeit sei aus somatischer Sicht gemäss Gutachten ab Mitte 2013 eingeschränkt gewesen, entsprechend der Beurteilung der Suva. Im Anschluss habe sie gemäss Dr. med. C.\_\_\_\_ in einer angepassten Tätigkeit im eigenen Betrieb 50 % bis 6. November 2014 betragen. Danach habe für einige Monate eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden, welche sich wieder auf 50 % reduziert habe. Die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht von 100 % könne folglich frühestens ab dem Zeitpunkt des Gutachtens von 29. Juni 2018 Geltung beanspruchen. Somit sei für den massgebenden Sachverhalt ab 2013 bis 9. Juni 2016 von einer Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit von mindestens 50 % auszugehen. Für die Annahme einer höheren Arbeitsfähigkeit seien die Gutachten nicht beweistauglich. 3. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). 3.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Februar 2014 (IV-Nr. 2 S. 5 Ziff. 6.3) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Februar 2015 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art.

Abs. 1 IVG; vgl. Anmeldung vom 3. Oktober 2014, IV-Nr. 2), was hier im April 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. April 2015 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

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

3.4 Das Versicherungsgericht hat bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitgegenständlichen Verfügung (eingetretenen Sachverhalt) abzustellen. Verschlechterungen nach diesem Zeitpunkt wären im Rahmen einer Neuanmeldung oder eines Revisionsgesuchs geltend zu machen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_562/2018 vom 14. November 2018 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

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

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle

Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). 4.4 Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469, BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

5. Gemäss geltender bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Die Frage, ob eine diagnostizierte Schmerzstörung zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führe, stellt sich im Gegensatz zur früheren Rechtsprechung nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung einer Ausgangsvermutung. Das bisherige Regel- / Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens. Entscheidend beim strukturierten Beweisverfahren ist, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f., BGE 143 V 409 E. 4.5 S. 415 ff. mit Hinweisen).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Rente und / oder berufliche Massnahmen zu

Recht verweigert hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

6.1 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostiziert in verschiedenen Berichten ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Der Beschwerdeführer sei seit fast einem Jahr 50 % arbeitsunfähig (Bericht vom 23. April 2014, IV-Nr. 7 S. 8 f.). MRT-Bilder zeigten degenerative Veränderungen von Bandscheiben und Intervertebralgelenken auf den beiden untersten Niveaus L4/5 und L5/S1 (Bericht vom 7. Mai 2014 IV-Nr. 7 S. 7). Konkret werden im MRT-Befund vom 2. Mai 2014 (IV-Nr. 7 S. 1) auf Höhe L4/5 eine beginnende Chondrose mit flacher, mediolateral links gelegener Hernierung und diskogen leicht asymmetrisch eingeengtem Recessus L5 links (unverändert) diagnostiziert, weiter eine zunehmende rechtsbetonte oedematöse Osteochondrose L5/S1 mit bekannter diskogener Foraminalstenose L5 rechts, unverändert, sowie unveränderter flacher mediolateral rechts gelegener Hernierung und beginnender diskogener Einengung des Recessus S1 rechts, unverändert. In seinem Bericht vom 1. Dezember 2014 (IV-Nr. 15 S. 5 ff.) hält Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, er habe selber keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert. Beim letzten Konsultationsbericht habe er festgehalten, der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht voll arbeitsfähig für eine mittelschwere körperliche Tätigkeit. Sollte die aktuelle Tätigkeit nicht möglich sein, sei eine mangelnde Adaption an den Arbeitsplatz (zu geringer Kraftaufbau) dafür verantwortlich zu machen.

6.2 Im Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 27. Februar 2015 (IV-Nr. 19) werden folgende Diagnosen gestellt: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches Lumbovertebralsyndrom, belastungsabhängig, Status nach LWS-Kontusion / -Distorsion 2. August 2013 mit langer Arbeitsunfähigkeit ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Diabetes mellitus II - Status nach leichter HWS-Distorsion durch unverschuldeten Auto-Auffahrunfall passiv 6. November 2014 Die bisherige Tätigkeit sei seit dem 11. August 2013 zu 50 % zumutbar, andere Tätigkeiten vollschichtig.

6.3 Im rheumatologischen Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin speziell Rheumatologie, vom 27. Juli 2015 (IV-Nr. 27) werden als Diagnosen ein chronisches tendomyotisches Thorakolumbalsyndrom (statisch, degenerativ, muskuläre Dysbalancen) sowie ein Verdacht auf hohe psycho / somatische Überlagerungssymptomatik bei erheblichen psychosozialen Problemen, depressiver Entwicklung, festgehalten. Das chronische tendomyotische Thorakolumbalsyndrom zeige sich mit lumbaler Dominanz bei allgemeiner Haltungsinsuffizienz, muskulären Dysbalancen sowie bei degenerativen Veränderungen der LWS. Der Beschwerdeführer schildere unter zunehmender Tagesbelastung mehrheitlich muskuläre Beschwerden am Achsenskelett, begleitet von Müdigkeit, Erschöpfung. Im Hintergrund stünden auch erheblich psychosoziale Probleme familiär. Es sei ihm nicht ganz klar, inwiefern der Beschwerdeführer in seinem Betrieb noch die schweren Arbeiten verrichten müsse. Rein von körperlicher Seite bestehe eine 20%ige Einschränkung.

6.4 Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestiert in seinem Arztbericht vom 11. Dezember 2015 (IV-Nr. 36) keine psychiatrischen Diagnosen. Es hätten 2015 zwei Sitzungen und 2014 drei Sitzungen mit dem Beschwerdeführer stattgefunden. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt.

6.5 Im vom Versicherungsgericht eingeholten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2018 (A.S. 40 ff.) werden folgende subjektiven Angaben des Beschwerdeführers festgehalten: Ca. im Jahr 2010 hätten Beschwerden im Bereich des Rückens und der rechten Schulter begonnen und auch deutlich zugenommen (A.S. 46). Wegen unfallbedingter Rückenbeschwerden sei der

Beschwerdeführer ab Mitte 2013 nicht mehr voll arbeitsfähig gewesen. Die aktuellen Schmerzen, insbesondere am Achsenskelett, seien teilweise in die Beine ziehend und im Schultergürtel rechtsbetont. Diese hätten nichts mit einem am 6. November 2014 erlittenen Unfall zu tun. Damals sei der Beschwerdeführer zeitlich begrenzt zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Arbeitsfähigkeit habe sich im Verlauf des folgenden Jahres wieder auf 50 % gesteigert (A.S. 47). Aktuell habe er insbesondere im Sitzen Kreuzschmerzen, diese seien stechend bis brennend. Die Schmerzen seien so stark, dass er dann nicht mehr sitzen könne und sich stehend und leicht gehend lockern müsse. Stehend schmerze dann zunehmend die mittlere Wirbelsäule, im Bereich der BWS träten eine Verkrampfung auf und zweitweise ein Spannungsgefühl im Schulter-Nacken-Bereich mit Armschmerz. Die Schmerzen auf der NRS-Skala seien im Liegen bei 2 von 10, beim Arbeiten bei 7 - 8 und bei Einnahme von Schmerzmitteln bei 3 - 5. Linderung habe er im Liegen. Zeitweise schmerzten ihn die Beine, dies zirkumferent. Entzündliche Schmerzen im Bereich der Gelenke mit Schwellungen habe er bisher keine. Er schlafe nachts gut, sei morgens gut erholt und könne auch gut aufstehen. Der Diabetes mellitus habe Einfluss auf seinen Alltag, weil er sich an ein straffes Regime halten müsse (A.S. 49). Er sehe sich nicht mehr als 50 % belastbar (A.S. 50). Im Rahmen der Befunderhebung hält der rheumatologische Gutachter fest, die Kriterien für eine Fibromyalgie seien bei sechs von 18 Punkten nicht erfüllt (A.S. 52). Während der eineinhalbstündigen Anamnese stehe der Beschwerdeführer einmalig auf, um sich ein wenig zu lockern (A.S. 54). Haltungsanomalien oder ein Schonverhalten zeigten sich nicht. Das Aufrichten aus dem Sitzen sowie das Aufrichten von der Liege erfolge unauffällig und ohne Abstützen oder Schonhaltung. Neurologisch zeigten sich in der Trophik keine Muskelatrophien. Die Oberflächensensibilität sei symmetrisch, die Tiefensensibilität erhalten (A.S. 55). Auch hinsichtlich Reflexstatus, Nervendehntestungen und Kraftgrade sei das Ergebnis unauffällig. Die klinische Untersuchung zeige im Bereich der HWS eine unauffällige Rotation und Reklinationsmöglichkeit mit leichter Schmerzhaftigkeit endphasig im Sinne von muskulärem Schmerz kontralateral zur Rotation und Lateralflexion. Segmentale Dysfunktionen bestünden nicht. Im Bereich der BWS bestünden eine freie Flexion und Extension sowie Rotation sowie eine leichte Druckdolenz der paravertebralen Muskulatur. Segmentale Dysfunktionen bestünden nicht. Hinsichtlich der LWS sei ein freies Aufrichten ohne Kletterphänomen oder Schmerzangabe möglich. Es bestehe ein leicht positiver Quadrantentest lumbal linksseitig ohne Ausstrahlung. Im Weiteren gebe es keine segmentalen Dysfunktionen. Der Beckenring präsentiere sich ligamentär und muskulär stabil. In der Motor-Control-Testung zeige sich eine mässiggradige Einschränkung im Sinne einer mässiggradigen axialen Dekonditionierung. Die Waddel-Zeichen seien nicht auffällig (A.S. 56). Die Schultergelenke seien beidseits frei beweglich mit unauffälligen Resistivtestungen im Sinne einer erhaltenen Rotatorenmanschettenfunktion. Die Akromioklavikulargelenke seien indolent. Die Muskulatur im Bereich der Musculus trapezius pars descendens und horizontalis sei leicht druckdolent ohne Myogelosen. Die übrigen peripheren Gelenke seien mit funktionellem Normalbefund (A.S. 57). Ein aktuelles Röntgenbild der HWS, des rechten Schultergelenks sowie der LWS vom 29. Juni 2018 zeige eine beginnende Osteochondrose im Bereich L5/S1 ohne fortgeschrittene spondylarthrotische Veränderungen bei erhaltenem Alignment der gesamten LWS. Die HWS sei ohne fortgeschrittene degenerative Veränderungen. Das Schultergelenk sei unauffällig ohne Hinweis für eine indirekte Rotatorenmanschettenläsion. Das Akromioklavikulargelenk sei ebenfalls unauffällig (A.S. 58). Es werden folgende Diagnosen erhoben (A.S. 59): mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: keine ohne

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronische lumbale Rückenschmerzen (ICD-10 M54) und Schultergürtel-Schmerzen rechts (M75) mit / bei Radiologisch leicht degenerativen Veränderungen der LWS und unauffälliger Darstellung der Schultergelenke leichten Tendomyosen bei muskulärer Dekonditionierung und leichter Haltunginsuffizienz Verdacht auf Schmerzchronifizierung im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung - Diabetes mellitus Typ II unter oralen Antidiabetika - Nasenseptumkorrektur 6.6 Das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Juli 2018 (A.S. 95 ff.) wurde durch das Versicherungsgericht bereits mit Verfügung vom 6. März 2019 (A.S. 143 ff.) als nicht beweismässig qualifiziert und daraufhin ein Obergutachten eingeholt. Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostiziert eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (A.S. 110), wobei es aber unterlassen wird, sämtliche Kriterien für eine solche zu diskutieren (so z.B. einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz oder eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung). Eine einwandfrei diagnostizierte Gesundheitsbeeinträchtigung wäre jedoch Voraussetzung für eine Beurteilung der daraus fließenden funktionellen Einschränkungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_822/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 5.2.1. f.). Die in diesem Gutachten enthaltenen Schlussfolgerungen sind für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts daher nicht relevant und es ist nicht weiter auf das Gutachten einzugehen. Gleich verhält es sich mit den Ausführungen in der interdisziplinären Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_ (A.S. 69 ff.), soweit sie psychiatrische Überlegungen beinhalten. 6.7 Im ebenfalls vom Gericht eingeholten psychiatrischen Gerichtsgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. September 2019 (A.S. 161 ff.), werden folgende subjektiven Äusserungen des Beschwerdeführers wiedergegeben: Er könne wegen seiner Rückenproblematik seit 2013 nur noch 50 % arbeiten. Angefangen hätten die Beschwerden im Jahr 2003 mit Schulter- und Armschmerzen als Folge seiner schweren körperlichen Arbeit mit Überzeiten. Im Laufe der Zeit hätten sich diese Schmerzen auf den Rücken übertragen und 2013 sei es zur schmerzbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen. 2014 habe er von seiner Schwester die Anteile der GmbH übernommen und sei seither alleiniger Gesellschafter. Er habe grosse Ängste, was aus seiner Firma werde, wenn er einmal gar nicht mehr arbeiten könne. Die Firma werfe jetzt schon keinen Gewinn ab, er könne kein zusätzliches Personal einstellen. Deshalb habe er auf Anraten seines Hausarztes Leistungen bei der IV beantragt. Aktuelle psychische Beschwerden führe der Beschwerdeführer im offenen Interview keine an. Zu den Rückenschmerzen gebe er an, dass ihn diese bei der schweren Arbeit als Spritzlackierer so einschränkten, dass er maximal vier Stunden am Tag arbeiten könne. Dazu gehörten Büroarbeiten, Betriebsführung und leichte Spritzarbeiten (A.S. 166). Appetit-, Verdauungs- oder sexuelle Funktionsstörungen habe er keine. Einschneidende Erlebnisse im Leben gebe es nicht, die Kindheit sei glücklich gewesen. 1987 sei seine Mutter mit einem seiner Brüder aus politischen und wirtschaftlichen Gründen in die Schweiz migriert. 1988 seien er und 1990 seine Schwestern nachgekommen. Der Vater und die Halbgeschwister seien in der [...] geblieben. 1992 sei seine Mutter unerwartet an Magenkrebs gestorben. In der Schweiz habe er immer 100 % als Schleifer und Lackierer gearbeitet. In der Zeit, als er für die Familie aufgekommen sei, habe er teilweise bis zu zwölf Stunden am Tag gearbeitet. Seine eigene Firma habe er 2011 gegründet. Anfänglich sei seine Schwester Gesellschafterin gewesen. Seit 2013 sei er alleiniger Gesellschafter. Der Betrieb stehe wirtschaftlich gut da. Sollte er aber nicht mehr mitarbeiten können, würde der Betrieb keinen Gewinn mehr für ihn abwerfen. Aktuell

beziehe er von der GmbH einen Lohn von CHF 7'000.00 (A.S. 167). Er arbeite derzeit etwa vier Stunden, die Hälfte davon in der Werkstatt. Spritzlackieren könne er aus gesundheitlichen Gründen nur eine Stunde am Tag. 1996 habe er zum ersten Mal geheiratet. 2008 sei es zu Scheidung gekommen. Aus der Ehe habe er zwei Kinder, für die er aufkommen müsse (A.S. 168). Sein Tagesablauf sehe so aus, dass er um ca. 6:00 Uhr aufstehe und in der Regel von 7:00 bis 12:00 Uhr im Büro sei, ausnahmsweise auch mal bis 14:00 Uhr. Dort müsse er immer wieder halbstündige Ruhepausen wegen starker Schmerzen in Rücken und Schulter einlegen können. Meistens leite er die Angestellten in ihre Aufgaben ein, erledige Büroarbeiten. Wenn nötig helfe er beim Lackieren. Das gehe aber nicht länger als eine Stunde. Das Mittagessen nehme er zu Hause ein. Ausser dem Abwasch nach dem Essen übernehme er keine Haushaltsarbeiten. Das erledige seine Frau. Nach dem Essen lege er sich meistens 60 bis 90 Minuten hin und gehe am Nachmittag zu Fuss oder mit dem Auto einkaufen. Grosse Einkäufe erledige er mit der Ehefrau. Das Abendessen bereite die Frau zu. Hinterher sehe er meist noch etwas fern und gehe in der Regel um 22:00 Uhr zu Bett. An Wochenenden treffe er sich mit Verwandten, Bekannten und Freunden, es gebe Besuche bei ihnen oder bei den anderen. Er habe einen grossen Familien-, Bekannten- und Freundeskreis (A.S. 168). Als er grosse Konflikte mit seinem Bruder gehabt habe, habe er auf Empfehlung des Hausarztes einen Psychiater aufgesucht (A.S. 168). In der Folge sei es ihm immer besser gelungen, sich vom Bruder zu distanzieren. Medikamente habe er keine verschrieben bekommen. Er nehme aktuell vom Hausarzt verordnete Schmerzmedikamente sowie Blutzuckermedikamente ein und ein antidepressiv wirksames Medikament, das ihn beruhige und keine Nebenwirkungen verursache. Er betrachte sich selber wegen der Schmerzen als maximal 50 % arbeitsfähig. Ideale Bedingungen habe er in seinem Betrieb, wo er sich die Arbeit selber einteilen und variieren könne und auch die Gelegenheit habe, sich bei körperlichen Beschwerden auszuruhen. Hätte er keine Rückenbeschwerden, könnte er zu 100 % arbeiten. Psychische Beschwerden, die die Arbeitsfähigkeit einschränkten, habe er aus seiner Sicht keine (A.S. 169). Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Der Beschwerdeführer sitze während der ganzen Untersuchung ruhig auf dem Stuhl, klage nicht über Schmerzen und verändere seine Sitzposition nicht entlastend (A.S. 169). Es fänden sich keine kognitiven Defizite. Insbesondere seien Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Wachheit und Durchhaltevermögen, Sprachverhalten, Intelligenz und Auffassungsgabe nicht relevant eingeschränkt. Mit Ausnahme von sozialem Rückzug liege in keinem der für eine depressive Störung zu prüfenden Items ein auffälliger Befund vor, weder in leichter oder mittelschwerer, noch in schwerer Ausprägung. Auf Grund der klinischen Befunderhebungen der Selbst- und Fremdbeurteilungskriterien liege demnach eindeutig kein depressives Zustandsbild mit Relevanz für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vor. Beim sozialen Rückzug bilde sich eine partielle Einschränkung der sozialen Teilhabe im beruflichen Bereich, die durch einen jahrelangen Verlauf ohne Rückbildung gekennzeichnet sei und im privaten Bereich kein vergleichbares Äquivalent finde (A.S. 170). In der Persönlichkeit des Beschwerdeführers fänden sich in der klinischen Untersuchung keine Auffälligkeiten im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitsmerkmalen, insbesondere auch keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung. Der Beschwerdeführer habe sich bis dato nur einmal für kurze Zeit in psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung befunden, ohne dass eine psychiatrische Diagnose gestellt worden sei. Die gegenwärtigen blanden psychopathologischen Untersuchungsbefunde deckten sich mit der blanden psychiatrischen

Untersuchung des Psychiaters Dr. med. J. \_\_\_ in seinem Bericht vom 11. Dezember 2015. Hinweise auf ein Simulieren der körperlichen Beschwerden ergäben sich in der aktuellen Untersuchung keine. Ein eher bewusstseinsnahes Verstärken der Beschwerden könne hingegen nicht sicher ausgeschlossen werden. Zumindest sei ein eher bewusstseinsfernes Überzeichnen der Beschwerden als gegeben anzunehmen. In den psychometrischen Testuntersuchungen erreiche der Beschwerdeführer durchwegs im hohen Normbereich liegende Testergebnisse, was in Verbindung mit dem blanden klinischen Untersuchungsbefund mit hoher Wahrscheinlichkeit gegen das Vorliegen von bedeutsamen kognitiven Funktionseinbussen spreche (A.S. 171). Im Beck'schen Depressionstest liege der Score bezogen auf die aktuelle Untersuchungssituation bei acht Punkten, auch explizit den Zeitraum vor 1996 (recte: 2016) betreffend. Der Hamilton-Depressionstest bestätige diesen Befund. Die Resultate sprächen eindeutig gegen das Vorliegen eines relevanten depressiven Zustandsbilds. Der ehemals behandelnde Dr. med. J. \_\_\_ sei telefonisch zu seiner zurückliegenden Behandlung befragt worden. Dieser bestätige, den Beschwerdeführer im November bis Dezember 2014 in drei Sitzungen gesehen zu haben und im Jahr 2015 je einmal am 12. Januar und 18. August. Der Beschwerdeführer sei durch den Tod der Eltern und die Übernahme der Vaterrolle für die jüngeren Geschwister arbeitsmässig sehr belastet gewesen. Die angebotenen Gespräche hätten zu einer deutlichen Entlastung geführt und die Spannungen beim Beschwerdeführer vermindert. Bei fehlender psychiatrischer Krankheitssymptomatik seien die Gespräche in beidseitigem Einvernehmen im August 2015 definitiv beendet worden. Der Konsultation im August 2015 sei eine besondere Konfliktsituation mit einem jüngeren Bruder vorausgegangen, die aber keiner weiteren Begleitung bedurft habe. Dr. med. J. \_\_\_ habe dem Beschwerdeführer keine Psychopharmaka verschrieben (A.S. 172).

7. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden auf Grund von divergierenden Arztberichten Gerichtsgutachten eingeholt. Zum rheumatologischen Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ und zum psychiatrischen Obergutachten von Dr. med. E. \_\_\_ kann zunächst im Allgemeinen festgehalten werden, dass die beiden Gutachten in Kenntnis der gesamten Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers (in psychiatrischer Hinsicht fanden zwei Untersuchungen statt) unter Berücksichtigung der von ihm geklagten Beschwerden und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurden. Insofern erfüllen diese Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige gerichtliche Expertise.

7.1 Inhaltlich kommt der Rheumatologe Dr. med. C. \_\_\_ in seiner Beurteilung zum nachvollziehbaren Ergebnis, dass die von Beschwerdeführer beklagten Beschwerden im Bereich der LWS sowie auch des Schultergürtels auf der rechten Seite rheumatologisch und aus bewegungsapparatmedizinischer sowie schmerzmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar seien. Der Beschwerdeführer beklage diese Schmerzen seit ca. 2010, wobei es Mitte 2013 zu einer Kontusion im Bereich der BWS und LWS gekommen sei, so dass ab Mitte 2013 keine vollständige Arbeitsfähigkeit mehr vorgelegen habe. Am 6. November 2014 habe sich eine Auffahrkollision mit nachfolgender 100%iger Arbeitsunfähigkeit bis zum 16. Februar 2014 (recte: 2015) ereignet. Nachfolgend sei der Beschwerdeführer vom Hausarzt bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben worden (A.S. 59). Das morphologische Korrelat zu den Schmerzen fehle und diese könnten nicht auf eine spezifische pathologische Struktur zurückgeführt werden. Sie seien auch nicht spezifisch provozierbar. In den radiologischen Vorbefunden aus den Jahren 2011 und 2014 zeigten sich im Vergleich zu den aktuellen radiologisch konventionellen Untersuchungen keine massgeblichen Veränderungen und keine Zunahme der leichten degenerativen Veränderungen, die

insgesamt altersentsprechend seien (A.S. 60). Somit geht der Gutachter gestützt auf die vorhandenen bildgebenden Dokumente davon aus, dass sich seit 2011 bis zum Untersuchungszeitpunkt keine massgebliche Veränderung des Zustands eingestellt hat. Daraus kann geschlossen werden, dass die Situation auch im Zeitpunkt vor Erlass der angefochtenen Verfügung im Juni 2016 so zu beurteilen war. Dr. med. C.\_\_\_\_ nimmt dann weiter Bezug auf die Vorbefunde und weist darauf hin, dass durch Dr. med. F.\_\_\_\_ das Beschwerdebild eines tendomyotischen Schmerzes beschrieben worden sei. Dies lenke Verdacht den auf eine Fibromyalgie Symptomatik. Allerdings werden die Kriterien des Wide Spread Pain Syndroms als nicht erfüllt erachtet und die Befunderhebung hat ergeben, dass lediglich sechs der 18 Fibromyalgie-Kriterien erfüllt sind. Somit ist keine Fibromyalgie zu diagnostizieren. Anamnestisch und klinisch äussert der Gutachter hingegen den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, weil der Beschwerdeführer Angst vor schwerwiegenden somatischen Erkrankungen und eine Erschöpfungssituation mit Leistungseinbusse auf Grund von familiären Schwierigkeiten erlebt habe. In dieser Zeit habe sich die muskuläre Schmerzhaftigkeit entwickelt. Aus rheumatologischer Sicht könne aber keine organische, morphologisch / strukturelle Pathologie objektiviert werden. Der Gutachter hält weiter fest, die leichten degenerativen Veränderungen könnten nicht als Ursache für die subjektiven Beschwerden herangezogen werden (A.S. 60 f.), was plausibel erscheint. Die muskulären Schmerzen resp. Verspannungen im unteren Rücken sowie Schultergürtel seien unspezifisch und würden subjektiv als belastender wahrgenommen als sie sich rein medizinisch-theoretisch auswirken könnten. Auch diese Einschätzung ist einleuchtend. Gesamthaft wird somit eine altersentsprechend gut erhaltene Funktion im Bereich des Bewegungsapparates attestiert. Die damit integrale Belastungsmöglichkeit entspreche der Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_, die eine mittelschwere Arbeitsbelastung als möglich erachteten, hält Dr. med. C.\_\_\_\_ in Bezug auf die Situation vor Erlass der angefochtenen Verfügung weiter fest. Die bisherige Behandlung bestehe in Detonisation von Muskulatur und leichten Bewegungsübungen. Eine Rekonditionierung und ein Kräftigungsprogramm seien bisher noch nicht in Angriff genommen worden. Gesamthaft sei von einer nicht erklärbaren Behandlungsresistenz zu sprechen (A.S. 61). Zur Arbeitsfähigkeit wird im Gutachten sowie in der Ergänzung vom 22. Mai 2019 (A.S. 158 f.) festgehalten, der Beschwerdeführer sei auf Grund von unfallbedingten Rückenbeschwerden ab Mitte 2013 nicht mehr voll arbeitsfähig gewesen, weshalb Leistungen der Unfallversicherung Suva bis zum 16. Februar 2014 erfolgt seien (A.S. 62). In der angestammten Tätigkeit, die eine dominant leichte Tätigkeit in der Administration, Organisation und Bestellung beinhalte, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die leichteren Tätigkeiten im Betrieb, auch Lackiertätigkeiten, könnten ebenfalls zu 50 % ausgeführt werden. Somit sei durch eine optimale Arbeitsorganisation aus rein somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben. Eine angepasste Tätigkeit beinhalte eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit (A.S. 63). Es könne davon ausgegangen werden, dass durch die ärztlichen Kollegen bereits vor dem 9. Juni 2016 eine körperliche Belastungsfähigkeit vorgelegen habe, welche eine dem Leiden adaptierte Tätigkeit angepasste Tätigkeit ermöglicht hätte. Es könne weiter gefolgert werden, dass die im Gutachten angegebene Haupttätigkeit einer Administration im eigenen Betrieb, mit der Möglichkeit einer flexiblen Arbeitseinteilung, als leichte wechselbelastende Tätigkeit gewertet werden könne und bei gleichzeitig vorgeschlagenem intensivem Training eine solche Tätigkeit medizinisch-theoretisch zu 100 % möglich gewesen wäre. Im Zeitraum 2013 bis 9. Juni 2016 habe ein stabiler Gesundheitszustand bestanden und der körperliche

Gesundheitszustand habe sich nachfolgend tendenziell gebessert. Auch die Partizipation im Alltag sei durchwegs gewährleistet gewesen (A.S. 158). Die ab 2015 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % könne nur für die angestammte Tätigkeit als Lackierer, nicht aber für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit für administrative Tätigkeiten im eigenen Betrieb attestiert werden. Retrospektiv könne davon ausgegangen werden, dass ab dem Jahr 2015, in der damals angestammten Tätigkeit mit dominant leichter Tätigkeit in der Administration, Organisation und Bereitstellung sowie Erledigungen im eigenen Betrieb, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus rein somatischer Sicht hätte erfolgen können (A.S. 159). Dr. med. C. \_\_\_ beruft sich bei dieser retrospektiv vorgenommenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf die in den Akten vorhandenen Berichte der behandelnden Ärzte. Der Rheumatologe Dr. med. G. \_\_\_ erachtete den Beschwerdeführer im September 2014 für eine mittelschwere Arbeit als voll arbeitsfähig, die Weiterführung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % liess sich aus seiner Sicht nicht mehr begründen. Wenn der Beschwerdeführer vor einem konsequenten Training zurückschrecke, so müsse er sich eine körperlich leichtere Tätigkeit suchen (IV-Nr. 19 S. 6). Eine solche angepasste Arbeit wäre mithin schon damals ohne weiteres uneingeschränkt in Frage gekommen. Der Allgemeinmediziner Dr. med. I. \_\_\_ wiederum sah im Februar 2015 eine Arbeit mit reduzierter Rückenbelastung als ganztags zumutbar an (IV-Nr. 19 S. 5). Der Rheumatologe Dr. med. F. \_\_\_ sprach diesbezüglich im Juli von einer Einschränkung von 20 % (IV-Nr. 27 S. 2), wobei nicht angeführt wird, auf welche Art von Tätigkeit diese Einschränkung bezogen wird bzw. ob sie auch für leichte bis mittelschwere Arbeiten Geltung haben sollte. Dr. med. F. \_\_\_ hielt unmittelbar vor der getroffenen Einschätzung jedenfalls fest, dass ihm nicht ganz klar sei, inwiefern der Beschwerdeführer in seinem Betrieb noch schwere Arbeiten verrichten müsse. Da eine retrospektive Beurteilung vorzunehmen ist, haben die echtzeitlichen ärztlichen Berichte für die Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_ eine erhöhte Bedeutung. Auf Grund seines Verweises auf die behandelnden Ärzte können seine Ausführungen so verstanden werden, dass schon vor Erlass der angefochtenen Verfügung eine angepasste Tätigkeit uneingeschränkt und ohne weitere Behandlungsmassnahmen umsetzbar gewesen wäre. Somit bestand zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in einer angepassten Tätigkeit, leicht bis mittelschwer und wechselbelastend, keine relevante Arbeitsunfähigkeit.

7.2 Der Beschwerdeführer lässt verschiedene Einwendungen gegen das rheumatologische Gutachten und die Ergänzung vom 22. Mai 2019 vorbringen. So wird gesagt, der Gutachter verneine an einer Stelle (A.S. 55) ein Schonverhalten, während er es in der Beurteilung bejahe (A.S. 62). Dieser Einwand vermag die Beweiskraft der gutachterlichen Ausführungen nicht in Zweifel zu ziehen, es dürfte sich bei der zweiten Stelle («Es besteht ein Schonverhalten») um einen simplen Verschrieb handeln. Zur gutachterlichen Feststellung, dass sich der Beschwerdeführer eine halbe Stunde beschwerdefrei im Wartezimmer aufgehalten habe (A.S. 54), wird gefragt, wie der Beschwerdeführer denn beobachtet worden sei. Hierzu ist festzuhalten, dass solche gutachterlichen Beobachtungen bei derartigen Beschwerdebildern nicht unüblich sind. Die Rüge, dass sich die erhobenen Befunde nur auf den aktuellen Zeitpunkt bezögen und daraus keine Schlüsse für den rechtserheblichen Sachverhalt bis 9. Juni 2016 gezogen werden könnten, kann ebenfalls nicht gehört werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass der rheumatologische Gutachter Befunde aus einer klinischen Untersuchung nur für den Untersuchungszeitpunkt erheben kann. Er kann aber anhand dieser Untersuchungsbefunde und den vorliegenden echtzeitlichen Berichten und bildgebenden Dokumenten entsprechende Rückschlüsse ziehen. Dr. med. C. \_\_\_ hält mit Verweis auf die vorhandenen

Unterlagen klar fest, dass der Vergleich der aktuellen Befunde mit den Vorbefunden keine massgebliche Veränderung der gesundheitlichen Situation in rheumatologischer Hinsicht aufzeigt. Schliesslich ist auch nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer geltend machen lässt, der Gutachter gehe davon aus, dass die Fibromyalgie-Kriterien erfüllt seien. Das Gegenteil wird im Gutachten festgehalten, wenn gesagt wird, der Beschwerdeführer erfülle nur sechs der 18 Fibromyalgie-Kriterien. Insgesamt kann auf die Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_ abgestellt werden. 7.3 In der psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_ wird einleuchtend dargelegt, dass sich in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung beim Beschwerdeführer gestützt auf eine eindeutige Befundlage keine psychische Symptomatik im Sinne einer depressiven Störung diagnostizieren lasse. Anhand der blanden anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers in der aktuellen diagnostischen Befragung zu gegenwärtigen psychiatrischen Symptomen und vergleichend zur Zeit vor Juni 2016 (der Beschwerdeführer habe beide Zeitpunkte betreffend eine psychiatrische Symptomatik negiert) wie auch in den vergleichenden Tests sei davon auszugehen, dass sich die heutige blande psychopathologische Befundlage und die damalige Befundlage entsprächen und demnach mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in der Zeit vor Juni 2016 kein relevantes psychiatrisches Zustandsbild vorgelegen haben dürfte (A.S. 172 f.). Dies bestätigt auch die Aktenlage, denn Dr. med. J. \_\_\_ hat im August 2015 ebenfalls bestätigt, dass keine psychiatrische Diagnose vorliege. Somit finden sich in den Akten keine fachpsychiatrischen Vorbefunde oder Diagnosen. Die von Dr. med. F. \_\_\_ im Arztbericht vom 27. Juli 2015 festgehaltene depressive Entwicklung wird, wie der Gutachter zu Recht festhält, ohne weitere diagnostische Ausführungen vorgenommen, ausserdem ist sie fachfremd. Weiter führt Dr. med. E. \_\_\_ aus, angesichts der fehlenden somatischen Korrelate für die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzzustände sei aus psychiatrischer Sicht das Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne des ICD-10 F45.4 oder einer Verhaltensstörung gemäss ICD-10 F68.0 / F68.1 und einer damit verbundenen allfälligen Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu prüfen (A.S. 173). Betrachte man die Definition der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, so falle ein den Beschwerdeführer quälender Schmerz nicht ins Auge. Hingegen seien die übrigen Faktoren gegeben, zumindest was die Anfangsphase angehe. So sei diese geprägt von einer länger dauernden psychosozialen Belastung, als der Beschwerdeführer nach dem Tod der Mutter, damals 19-jährig, die Rolle des Vaters übernommen habe, für das wirtschaftliche Überleben der Familie eingetreten sei und sich arbeitsmässig überfordert habe. Im weiteren Verlauf sei er in einen für ihn unlösbaren Konflikt mit dem immer mehr Geld verlangenden jüngeren Bruder geraten. Diesen habe er zwar mit Hilfe des Psychiaters lösen können, doch habe sich zu diesem Zeitpunkt die somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung nach einem Bagatellunfall bereits entwickelt und sei bis heute aufrechterhalten geblieben. So stehe der körperliche Schmerz, was seine berufliche Tätigkeit anbelange, unverrückbar im Zentrum. Die Qualität des Schmerzes als quälend sei dabei nicht erkennbar, ebenso wenig die Einschränkung der sozialen Teilhabe im privaten Lebensbereich, die deutlich niedriger ausfalle als im beruflichen. Die eigentümlich anmutende inhaltliche Begründung des Beschwerdeführers für den Rentenanspruch lasse an eine Renten neurose denken. Bei genauerer Überprüfung sei feststellbar, dass die diagnostischen Kriterien für die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen im Sinne des ICD-10 F68.0 erfüllt seien: Schmerzen, vereinbar mit und ursprünglich verursacht durch eine gesicherte körperliche Störung (vorübergehende Rückenschmerzen nach banalem Trauma) würden wegen des psychischen Zustands aggraviert oder hielten länger an, als es durch die Störung

erklärt werden könne. Letztlich werde diagnostisch von einer Mischform einer anfänglich anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und im weiteren Verlauf einer sich entwickelnden Verhaltensstörung mit Schmerz als Leitsymptom ausgegangen (A.S. 174). Angesichts des soziokulturellen Hintergrunds des Beschwerdeführers aus der [...], wo psychische Störungen eine niedrige Akzeptanz hätten, müsse es nicht erstaunen, dass es ihm auf unbewusste Weise leichter gefallen sei, physische Beschwerden den psychischen Beschwerden voranzustellen. Die unterschiedliche Ausprägung des sozialen Rückzugs könne auch auf diese Umstände zurückgeführt werden. Eine Behandlung dieser psychischen Störung habe bis heute nicht stattgefunden. Grundsätzlich seien tiefenpsychologisch aufdeckende Gesprächstherapien geeignet, den Auswirkungen der beschriebenen psychischen Beschwerden entgegenzuwirken, sofern sich die Betroffenen auf diese Form der Behandlung wirklich einlassen könnten. Die Inkonsistenzen in Zusammenhang mit dem psychischen Beschwerdebild des Beschwerdeführers seien bereits zuvor hinreichend dargestellt worden. Sie seien störungsimmanent, aber therapeutisch grundsätzlich angebar (A.S. 175). Der Beschwerdeführer habe sich mit seinem eigenen Betrieb gut etabliert, habe noch annähernd zwei Jahrzehnte potenzielle Arbeitszeit vor sich und gute Möglichkeiten, sich im Betrieb so einzurichten, dass er sich wie in einem geschützten Arbeitsplatz vor Überforderung schützen, besondere Engagement für die anderen Angestellten zeigen und sich einer intensiven Gesprächstherapie unterziehen könne. Er sei mit einem monatlichen Bezug von CHF 7'000.00 aus der GmbH finanziell in der Lage, seinen sozialen Verpflichtungen nachzukommen. Dies seien gute Voraussetzungen, um die eigene Arbeits- und Leistungsfähigkeit sukzessive steigern zu können (A.S. 176). Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit führt der Gutachter weiter aus, anhaltende somatoforme Schmerzstörungen würden nicht per se mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit einhergehen. Schmerzen könnten aber zu einer qualitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit führen, denn einerseits werde das Durchhaltevermögen geschwächt und andererseits die Fehleranfälligkeit beim Arbeiten erhöht. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers werde im vorliegenden Gutachten nicht primär bezogen auf die Diagnosestellungen somatoforme Schmerzstörung kombiniert mit der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen selber vorgenommen, sondern anhand der erhobenen klinischen Untersuchungsbefunde mit deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mittels IFAP1 und IFAP2 abgeleitet (A.S. 176). Auf Grund aller erhobenen psychopathologischen Befunde und der daraus ableitbaren Einschränkungen liege aus rein psychiatrischer Sicht gegenwärtig eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20 % vor (A.S. 174 + 176). Dies betreffe alle beruflichen Tätigkeiten, denn nicht die Arbeitsplatzbedingungen, sondern die psychischen Beeinträchtigungen zeichneten für die Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit verantwortlich. Der Beschwerdeführer könne bei einer Arbeitszeit von 42 Stunden pro Woche 6,6 Stunden täglich arbeiten. Die Einschränkung der Leistung sei in der zumutbaren Arbeitszeit schon einberechnet. Dies betreffe sowohl die Gegenwart als auch die Zeit vor Juni 2016 (A.S. 178). Angesichts der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20 % und der aktuellen beruflichen Tätigkeit von 50 % im eigenen Betrieb erschienen berufliche Massnahmen nicht angebracht. Bedeutsamer sei die therapeutische Behandlung der psychischen Störung, deren Zweck vor allem darin liege, die Arbeitsfähigkeit von 80 % zu erhalten und im Idealfall auf 100 % auszuweiten (A.S. 180). 7.4 Gemäss den Erwägungen in Ziff. II/5 hiervor ist bei vorliegenden, vom psychiatrischen Gutachter attestierten Beschwerdebild eine

Indikatorenprüfung vorzunehmen. Dr. med. F. \_\_\_ hat die vom Bundesgericht festgelegten Indikatoren nicht systematisch durchgeprüft, sondern die festgestellte Arbeitsunfähigkeit aus den Instrumenten IFAP1 und IFAP2 abgeleitet. Es handelt sich dabei, wie dem Anhang des Gutachtens zu entnehmen ist (A.S. 181 f.), um ein Instrument, das im Rahmen eines laufenden Forschungsprojektes im Hinblick auf eine Verbesserung der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von psychisch betroffenen Antragstellern bei der Invalidenversicherung evaluiert wird. Bei diesem Instrument werden die mentalen Funktionen nach den ICF-Körperfunktionen definiert und in Bezug auf gesunde, dem Antragsteller ähnliche Personen skaliert. Die Skalierung erfolgt in Bezug auf die Anforderungen am bisherigen Arbeitsplatz. Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer Diagnose allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen. In der Medizin wird heute vorherrschend von einem umfassenden bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff ausgegangen. Dieser Krankheitsbegriff ist rechtlich hingegen im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG nicht massgebend. Auch wenn die diagnostische Einordnung medizinisch notwendig ist, kann es aus juristischer Sicht damit nicht sein Bewenden haben. Entscheidend bleibt letztlich vielmehr die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung. Bei dieser Folgenabschätzung steht die Diagnose nicht mehr im Zentrum, sondern sie ist Ausgangspunkt zur Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale überhaupt vorliegt. Dies macht deutlich, dass die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen kann, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung haben sich bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren. Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zu Ungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f.). Es ist demnach am Rechtsanwender, die Indikatorenprüfung vorzunehmen. Dies lässt sich anhand der gutachterlichen Ausführungen im vorliegenden Fall machen: Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten) kann festgehalten werden, dass die festgestellte Beeinträchtigung geringfügig ist. Eine depressive Störung wird klar ausgeschlossen, eine Behandlung findet nicht statt, Komorbiditäten finden sich nicht. Dr. med. E. \_\_\_ diagnostiziert eine anfängliche anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), welche sich zu einer Verhaltensstörung mit Schmerz als Leitsymptomatik (F68.0) entwickelt habe. Dies obwohl er das bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung geltende Hauptkriterium (vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der

durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann) selber explizit als nicht vorliegend erachtet. Im Rahmen des IFAP1 ermittelt der Gutachter in fünf von 13 Bereichen eine leichte Störung (Temperament und Persönlichkeit, Umgänglichkeit, Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs, emotionale Funktionen), in drei Bereichen eine mittelgradige (psychische Stabilität, Selbstvertrauen, Aufmerksamkeit), in fünf Bereichen gar keine. Im IFAP2 werden von 13 Bereichen zehn als gar nicht beeinträchtigt erachtet, in den Bereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit sei eine mittelgradige Beeinträchtigung gegeben (A.S. 177). In der Gesamtschau erweisen sich die festgestellten Einschränkungen als geringfügig und es wird gutachterlich auch mehrfach auf einen blanden psychopathologischen Befund verwiesen. Zum Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) lassen sich keinerlei Auffälligkeiten feststellen. So zeigen sich auf mit Blick auf Kindheit und Jugend oder die bisherige Arbeiterkarriere keine Hinweise für relevante Persönlichkeitsanteile. Beim Komplex «Sozialer Kontext» lassen sich in der frühen Jugend zwar familiäre Belastungen erkennen (früher Tod der Mutter, wobei der Beschwerdeführer als Ernährer der Familie viel arbeiten musste, Scheidung von der ersten Ehefrau, Konflikte mit Geschwistern), trotzdem war und ist er nach wie vor in der Lage, sein eigenes Geschäft erfolgreich zu betreiben. Das Verhältnis zu seiner Ehefrau (mit welcher er bereits zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung eine funktionierende Beziehung führte) ist gut, soziale Kontakte zu Freunden und übrigen Verwandten wurden stets gelebt. Es lässt sich insgesamt kein wirklicher sozialer Rückzug feststellen. Auch der Gutachter hält fest, die Einschränkung der sozialen Teilhabe im privaten Lebensbereich falle deutlich niedriger aus als im beruflichen. In der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck) muss festgestellt werden, dass eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nicht vorliegt. Der Beschwerdeführer gibt an, wegen seiner Beschwerden nur noch 50 % arbeiten zu können, ein Rückgang von Freizeitaktivitäten oder des Aktivitätenniveaus an sich ist indessen nicht zu verzeichnen und wird auch vom Beschwerdeführer nicht angegeben. Der Beschwerdeführer befindet sich nicht in therapeutischer Behandlung, hat 2015 letztmals den Psychiater aufgesucht, der keine Diagnose gestellt hat (auch nicht die einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung). Ein ausgewiesener Leidensdruck ist demnach ebenfalls nicht zu erkennen. Zusammengefasst lässt sich nach der durchgeführten Indikatorenprüfung der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nicht erbringen. Ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit fehlt. Insofern ist aus rechtlichen Gründen von der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen. Eine rentenrelevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit liegt nicht vor. Das Gutachten verliert durch diese Abweichung seinen Beweiswert nicht, da es eine frei überprüfbare Rechtsfrage ist, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 6.1 mit Hinweisen). Im Übrigen kann hier vorweggenommen werden, dass – selbst wenn auf die gutachterliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % abgestellt würde – kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde, wie sich aus den

nachstehenden Berechnungen in E. II. 8 ergibt. Zum gleichen Ergebnis würde es führen, wenn man von der von Dr. med. F. \_\_\_ im Jahr 2014 attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 % ausgehen würde.

7.5 Der Beschwerdeführer lässt hinsichtlich des Beweiswerts des Gutachtens von Dr. med. E. \_\_\_ verschiedene Einwendungen vorbringen, die jedoch nicht geeignet sind, um relevante Zweifel aufkommen zu lassen. So wird geltend gemacht, der rechtserhebliche Sachverhalt bis 9. Juni 2016 werde nicht genügend abgeklärt. Der Gutachter macht in seiner Beurteilung deutlich, dass sich der aktuelle erhobene Zustand nicht wesentlich vom Zustand bis 2016 unterscheide. Dies begründet er einerseits mit den Verlaufsangaben des Beschwerdeführers (dieser habe eine psychiatrische Symptomatik für beide Zeiträume verneint, A.S. 172), andererseits mit den Befunden, welche 2015 gleich unauffällig seien wie 2019 (A.S. 172 f.). Weiter wird gerügt, die telefonischen fremdanamnestischen Angaben von Dr. med. J. \_\_\_ würden der Aktenlage widersprechen, insbesondere was das Verschreiben von Medikamenten anbelange. Dabei wird auf eine Drittaussage von Dr. med. F. \_\_\_ Bezug genommen, wonach Dr. med. J. \_\_\_ dem Beschwerdeführer Cymbalta verschrieben haben solle und die Behandlung bis 2017 gedauert habe (IV-Nr. 27 S. 1). Der Beschwerdeführer selber hat im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung von einer Behandlung bis 2015 ohne Medikamente gesprochen (A.S. 169). Entscheidend ist hier indessen, dass Dr. med. J. \_\_\_ in seinem Bericht vom 11. Dezember 2015 (IV-Nr. 36) sowohl eine psychiatrische Diagnose als auch eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit verneint hatte. Dies steht in Einklang mit seinen telefonischen Angaben. Spätere, anderslautende Berichte von Dr. med. J. \_\_\_ liegen keine vor. Insofern vermag auch dieser Einwand die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens nicht in Zweifel zu ziehen.

7.6 Damit ist zur Arbeitsfähigkeit zusammenfassend festzustellen, dass aus somatischer Sicht eine ausschliessliche Lackierertätigkeit ab 2015 in einem Pensum von 50 % zumutbar war. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit, administrative Tätigkeiten im eigenen Betrieb mitbeinhaltend, war ab dem Jahr 2015 in einem Vollpensum von 100 % möglich. Insgesamt bestand zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in einer angepassten Tätigkeit, leicht bis mittelschwer und wechselbelastend, keine relevante Arbeitsunfähigkeit. In psychiatrischer Hinsicht bestand ebenfalls keine relevante Arbeitsunfähigkeit.

8. Der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich (s. dazu Art. 16 ATSG) ist unbestritten geblieben und im Grundsatz auch nicht zu beanstanden. So wurde für die Bemessung des Valideneinkommens von den im Arbeitgeberbericht der Firma B. \_\_\_ GmbH vom 7. November 2014 (IV-Nr. 12) gemachten Angaben ausgegangen, wonach das monatliche Einkommen seit dem 1. Januar 2014 CHF 5'500.00 (für ein Vollzeitpensum) betrug und im Jahr 2015 gemäss telefonischer Auskunft des Beschwerdeführers selbst immer noch gleich hoch gewesen war (s. Protokolleintrag in den IV-Akten vom 26. Mai 2015). Das Valideneinkommen beläuft sich damit auf CHF 66'000.00. Bei der Bemessung des Invalideneinkommens wurde angenommen, dass dem Beschwerdeführer auf Grund der verbleibenden beruflichen Aktivitätsdauer von 23 Jahren und der relativ kurzen beruflichen Tätigkeit im eigenen Unternehmen (Geschäftsübernahme im März 2015, IV-Nr. 30) die Aufgabe des eigenen Geschäfts zumutbar gewesen sei, sofern er sich nicht der Lage fühle den Betrieb so einzurichten, dass er seine Arbeitsfähigkeit ausschöpfen könne (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2015 vom 3. November 2015 E. 3.3.1, wonach eine Betriebsaufgabe nur unter strengen Voraussetzungen unzumutbar ist). Es wurde daher auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der herangezogene Tabellenlohn (LSE 2012 TA1\_tirage\_skill\_level / Total / Niveau 1 /

Männer, CHF 5'210.00, inkl. Aufrechnung Wochenstunden 2012/2013 und Aufrechnung Nominallohnindex 2012/2013) erscheint im Lichte des zumutbaren Profils zwar korrekt, jedoch wurden nicht die aktuellsten Tabellen herangezogen. Rechtsprechungsgemäss sind die im Verfügungszeitpunkt jeweils aktuellsten veröffentlichten Tabellen zu verwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2). Die Zahlen der LSE 2014 wurden am 15. April 2016, mithin vor Erlass der angefochtenen Verfügung publiziert, es ist also auf die Zahlen der LSE 2014 abzustellen und eine Aufrechnung von Wochenstunden sowie eine Anpassung des Nominallohnindexes auf das Jahr 2015 vorzunehmen. Das Invalideneinkommen beträgt damit unter Berücksichtigung dieses Tabellenlohns (LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level/ Total / Niveau 1 / Männer, 12 x CHF 5'312.00 [s. unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.12488207.html> , alle Websites aufgerufen am 1. Mai 2020], inkl. Aufrechnung Wochenstunden 2014 / 2015 [ : 40 x 41,7; Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen / Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.8467484.html> ] und Aufrechnung Nominallohnindex 2014 / 2015 [ :103,2 x 103,5; Schweizerischer Lohnindex, Tabelle T1.1.10 / Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnentwicklung.assetdetail.8046226.html> ]) und mit dem von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen leidensbedingten Abzug von 10 % CHF 59'982.00. Es resultiert damit ein Invaliditätsgrad von 9,11 %. Würde man von der rechtlich verworfenen gutachterlichen Einschätzung ausgehen und eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit annehmen, betrüge der Invaliditätsgrad 27,22 %, was ebenfalls nicht zu einem Rentenanspruch führen würde. Zum gleichen Ergebnis (bzw. einem rein rechnerischen Invaliditätsgrad von 10 %) kommt man unter Berücksichtigung der Tatsache, dass zum Verfügungszeitpunkt die Tätigkeit in der eigenen GmbH weitergeführt wurde und der Beschwerdeführer noch immer einen Lohn von CHF 5'500.00 bezog, wie er selber am Telefon gegenüber der Beschwerdegegnerin am 26. Mai 2015 ausführte. Auch im Rahmen der Begutachtungen im Beschwerdeverfahren führte er aus, trotz nur 50%iger Arbeitstätigkeit einen Lohn von CHF 7'000.00 aus der GmbH zu beziehen. Es ist daher nicht ersichtlich, inwiefern überhaupt eine rentenrelevante Erwerbseinbusse bestehen soll. Ein Rentenanspruch wurde somit zu Recht abgelehnt. Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen besteht gestützt auf die Tatsache, dass keine relevante Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ebenfalls nicht. Die Beschwerde ist abzuweisen.

9. 9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

9.3 Die eingeholten Gerichtsgutachten mussten veranlasst werden, weil sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid auf eine unvollständige Aktenlage abstützte. Unter diesen Umständen liegt eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes von Seiten der Beschwerdegegnerin vor, weshalb diese – unter Anwendung der Grundsätze von BGE 139 V 496 – die Kosten von gesamthaft CHF 15'932.45 zu übernehmen hat. Das Gesagte gilt auch für das nicht beweiskräftige Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2018. Hätte die Beschwerdegegnerin die notwendigen Abklärungen im Verwaltungsverfahren bereits

vorgenommen, hätte sie das Risiko, dass sich eingeholte Expertisen als nicht beweiskräftig erweisen, ebenfalls tragen und hiernach weitere Abklärungen tätigen müssen.

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