

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.254 vom 19. Dezember 2016**

SO Obergericht, 2016-12-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.254\\_d20161219](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.254_d20161219)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.254 du 19 décembre 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.254 del 19 dicembre 2016

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung vom 31. August 2016 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei die gesetzlich geschuldete Leistung auszurichten.

### **E. 2**

2.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Verneinung des mit der Neuanschuldung vom 18. September 2013 geltend gemachten Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente durch die Verfügung vom 31. August 2016, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist. 2.2 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

### **E. 3**

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG ). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

#### **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 zu stellen 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 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe der behandelnde Arzt, Herr Dr. med. D. \_\_\_\_, mit Schreiben vom 31. Januar 2016 entgegen der fachärztlichen Meinung von Dr. med. H. \_\_\_\_ der G. \_\_\_\_ eingewendet, dass die Verlaufs-MRI-Abklärung vom 23. Oktober 2015 die Abklärungsbedürfnisse eben nicht hinreichend beantwortet hätten. Weil von einer radikulären Problematik auszugehen sei, sei diese zu untersuchen. Einzige bildgebende Untersuchungsmethode sei die Myelographie. Mit Schreiben vom 23. Mai 2016 habe Herr Dr. med. D. \_\_\_\_ auf die Widersprüchlichkeit der medizinischen Beurteilungen des Gutachters, Herr Dr. med. H. \_\_\_\_, und der Ärztin des Regionalärztlichen Dienstes, Frau Dr. med. F. \_\_\_\_, aufmerksam gemacht. So fehle nach erstgenanntem Arzt ein plausibler Zusammenhang zu einem radikulären Reizsyndrom L5 rechts entgegen der Beschreibung einer rechtsbetonten praesacralen Diskusprotrusion und Neuroforamenstenose durch Frau Dr. med. F. \_\_\_\_ . Vorliegend werde von Seiten des Beschwerdeführers die Notwendigkeit der Durchführung der Myelographie durch Herrn Dr. med. D. \_\_\_\_ wiederholt dargelegt und von der Beschwerdegegnerin in widersprüchlicher Weise bestritten. So beurteile Frau Dr. med. F. \_\_\_\_ vom Regionalärztlichen Dienst (RAD) eine rechtsbetonte praesacrale Diskusprotrusion und Neuroforamenstenose und widerspreche damit dem Gutachter Herrn Dr. med. H. \_\_\_\_, der einen plausiblen Zusammenhang zu einem radikulären Reizsyndrom L5 rechts nicht sehe. Dieser Widerspruch und vor allem die medizinische Einschätzung von Frau Dr. med. F. \_\_\_\_ würden die vermutete Diagnose von Herrn Dr. med. D. \_\_\_\_ bestätigen. Zur genaueren und abschliessenden Abklärung sei aber eine Myelographie nötig. Mit der Weigerung zur Durchführung einer Myelographie werde der im Gesetz festgelegte Untersuchungsgrundsatz verletzt. Deswegen gelte es, besagte medizinische Untersuchung nachzuholen und die neuen Erkenntnisse in der Beurteilung des Leistungsanspruches des Beschwerdeführers, konkret der Eingliederungsmassnahmen und des Rentenanspruches, entsprechend zu berücksichtigen.

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 18. September 2013 beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 31. August 2016 aufgrund eines errechneten IV-Grades von 22 % zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung ■ vorliegend am 12. August 2010 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 31. August 2016 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

6.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 12. August 2010 (IV-Nr. 68) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C. \_\_\_\_ und B. \_\_\_\_ vom 31. Dezember 2009 (IV-Nrn. 59.1 und 60.1), dessen Beweiswert im Urteil des Versicherungsgerichts vom 8. September 2011 bestätigt wurde (IV-Nr. 86, S. 16 ff.).

Dem Teilgutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, vom 31. Dezember 2009 (IV-Nr. 59.1) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 10):

1. Chronisches, sich generalisierendes Schmerzsyndrom

-nicht ausreichend somatisch abstützbar

-Polyarthralgien

-diffuse Druckschmerzen

-multiple Beschwerden mit Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauchbereich

2. Lumbalbetones Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Beine, die Arme und den Kopf

3. Adipositas (BMI 30)

4. Nikotinkonsum (ca. 12 pack years)

5. Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

6. Arterielle Hypertonie

7. Hämorrhoidenoperation (März 2009)

8. Integument mit Palmarerythem der Hände und mit angedeuteten Spider naevi im Bereich des Gesichts und der oberen Thoraxapertur bei negiertem Alkoholkonsum; Differentialdiagnose: Alkoholkonsum

9. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und mit dysthymer Verstimmung

Während der klinischen Untersuchung habe eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik eingesetzt, die sich nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild zurückführen lasse. Vier von fünf Waddell-Zeichen, als Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden, seien nachweisbar. Phasenweise habe ein abrupt einsetzender muskulärer Widerstand ein zunächst harmonisches Bewegungsspiel der Wirbelsäule blockiert. Teils seien Bewegungen verzögert oder umständlich ausgeführt worden (S. 10). Der Beschwerdeführer beschreibe die Rückenschmerzen seit Beginn als permanent bestehend, tagsüber wie nachts. Bei somatisch abstützbaren Beschwerden müssten indes eindeutig schmerzverstärkende resp. ■lindernde Mechanismen formuliert werden können. Die Rückenschmerzen würden als therapieresistent beschrieben, unabhängig davon, welche schmerz- und entzündungshemmenden Medikamente eingenommen würden, und obwohl zwei Operationen erfolgt seien. Die Schmerzintensität werde auf der visuellen Analog-Skala seit Beginn bei Werten zwischen 6 und 8 eingestuft. Auch dies weise auf somatisch nicht abstützbare Beschwerden hin. An den oberen Extremitäten hätten sich kein pathologischer Befund und keine funktionelle Einschränkung objektivieren lassen. Sämtliche Gelenke seien aktiv und passiv frei beweglich, ohne Hinweise auf eine subacromiale Sehneneinklemmungsproblematik oder eine Läsion der Rotatorenmanschette. Die Röntgenaufnahmen der Schultern würden beidseits altersentsprechende Normalbefunde dokumentieren (S. 11). Im Bereich der Wirbelsäule schildere der Beschwerdeführer die Bewegungen aller axialen Segmente in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft,

unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung erfolgt sei, in der die Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet würden, oder in entspannter, liegender Körperhaltung (S. 11 f.). Bei somatisch abstützbaren Beschwerden wäre zu erwarten, dass die eine oder andere Bewegungsrichtung eindeutig schmerzhafter geschildert werde. Insofern relativiere sich die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren pathologischen Befunden. Klinisch lasse sich zervikal und thorakal eine allseits freie Bewegungsamplitude objektivieren, lumbal eine allseits um ein Drittel eingeschränkte. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der gesamten Wirbelsäule werde ■ mit Betonung des zervikalen und lumbalen Bereichs ■ als schmerzhaft beschrieben, ohne dass ein korrelierender pathologischer Befund wie eine Myogelose oder ein Triggerpunkt objektiviert werden könnte. Anamnestisch und klinisch gebe es keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder eine Irritation resp. Kompression des Gefäss-Nervenbündels, z.B. im Sinne einer Thoracic-Outlet-Komponente. Vorgängig zur zweiten Rückenoperation vom 17. April 1997 werde nirgends eine radikuläre Komponente beschrieben, ebenso im Austrittsbericht. Vor diesem Hintergrund sei nicht nachvollziehbar, wieso der Hausarzt am 2. Mai 1997 von einem chronischen lumboradikulären Reizsyndrom spreche. Die eingesehenen ■supersensitiven■ Abklärungen wie CT und MRI würden weder vor noch nach der Operation eine Neuro- oder Myelonkompression dokumentieren. Die mitgebrachten Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule würden seit Oktober 1995 keine Arthrosebildung zeigen. Die aktuell angefertigten Aufnahmen dokumentierten eine seit April 1997 stationäre Situation mit einer dorsalen Spondylodese von L4/5 ohne Hinweise auf eine Implantatlockerung oder eine Arthrose. Diese Spondylodese erkläre die um einen Drittel eingeschränkte Beweglichkeit. Brust- und Halswirbelsäule zeigten radiologisch weitgehend altersentsprechende Normalbefunde (S. 12). An den unteren Extremitäten seien die Hüftgelenke beidseits frei beweglich. Die beiden Kniegelenke seien klinisch unauffällig, ohne Hinweis auf eine Bewegungseinschränkung, ein die Altersnorm überschreitendes retropatelläres Reiben, ein Meniskuszeichen, einen Gelenkerguss oder eine Gelenkinstabilität. Die MRI-Aufnahme vom 27. November 2003 zeige einen altersentsprechend normalen Befund, wenn man die epidemiologische Datenlage von supersensitiven MRI-Abklärungen bei asymptomatischen Probanden berücksichtige. Dasselbe gelte für die durchgeführten Röntgenaufnahmen. Allgemeininternistisch sei auf die Adipositas hinzuweisen. Gewichtsreduzierende Massnahmen seien indiziert und zumutbar. Was den Alkoholkonsum angehe, so liege der CDT-Wert knapp unterhalb des Graubereichs (S. 13). Ein jeweils kurzzeitig erhöhter Alkoholkonsum lasse sich nicht ausschliessen. Hinsichtlich der multiplen Beschwerden in Brustkorb und Bauchraum habe sich kein korrelierender somatisch-pathologischer Befund ergeben, so dass an funktionelle Beschwerden zu denken sei. Dasselbe gelte für die Schlafstörungen und die Müdigkeit. Eine entzündliche Systemaffektion, eine metabolische Störung oder eine paraneoplastische Komponente liessen sich nicht objektivieren. Insgesamt könnten die geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abgestützt werden. In einer derartigen Situation sei an invaliditätsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten oder eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu denken (S. 14). Mit den im Bericht vom 8. Januar 1997 angegebenen Befunden sei es schwer, für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu formulieren (S. 14 f.). Nach dem Eingriff vom 17. April 1997 sei eine zeitlich begrenzte Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Die

Befunde gemäss den Berichten vom 23. Juli 1997 und 1. April 1998 würden in einer angepassten Verweistätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die damals beschriebene Streckhaltung der Brust- und Lendenwirbelsäule könne nicht mehr bestätigt werden. Hinweise dafür, dass das Osteosynthesematerial die geschilderten Beschwerden bewirke, gebe es keine; bei einem somatischen Substrat der Beschwerden müssten schmerzlindernde und ■verstärkende Mechanismen ersichtlich sein (S. 15). Der im Bericht vom 5. Juni 1998 beschriebene paravertebrale Hartspann der Brust- und Lendenwirbelsäule könne nicht mehr bestätigt werden. Die damalige Einschätzung, leichte Arbeiten seien zumutbar, verdiene Zustimmung. Ebenfalls nachvollziehbar sei die Aussage im Bericht vom 13. Juli 1998, leichte bis mittelschwere Arbeiten seien voll zumutbar. Die damals verstärkte Brustkyphose lasse sich nicht mehr bestätigen, ebenso die im Bericht vom 29. April 1999 geschilderte stark eingeschränkte Beweglichkeit. Von der empfohlenen Metallentfernung verspreche er sich keinen Einfluss auf die Beschwerden. Auf der MRI-Aufnahme vom 29. April 1999 sei keine Kompression der Wurzel L5 rechts erkennbar (S. 16). Die am 1. März 2000 attestierte Arbeitsunfähigkeit könne aus somatischer Sicht nicht bestätigt werden, ebenso wenig diejenige vom 16. März 2000 (S. 17). Mit den am 20. Mai 2009 beschriebenen Befunden sei sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zumutbar ■ zumindest partiell ■ als auch eine Verweistätigkeit. Die Rehabilitation nach der Operation vom 17. April 1997 sei bei grosszügiger Betrachtung spätestens Ende August 1997 abgeschlossen gewesen. Für angepasste Verweistätigkeiten habe ab dann keine Einschränkung mehr bestanden; die zuletzt ausgeübte Arbeit bei Flachdachabdichtungen und ■sanierungen sei zu max. 50 % resp., nach Durchführung therapeutischer Massnahmen, zu 60 % zumutbar gewesen (S. 18). Voll zumutbar seien leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten mit einem Wechsel zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Die Limite für repetitiv zu bewegendes Gewicht liege bei 15 bis 20 kg. Ungünstig auf die Wiedereingliederung könnten sich invaliditätsfremde Faktoren wie die lange Arbeitsabstinenz, die fehlende Berufsausbildung, das Alter, die ungünstige Arbeitsmarktsituation sowie möglicherweise die limitierte Motivation auswirken (S. 19). Der Gesundheitszustand habe sich seit dem Bericht vom 29. April 1999 verbessert. Bereits damals seien Verweistätigkeiten vollumfänglich zumutbar gewesen (S. 20).

Das Teilgutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Dezember 2009 (IV-Nr. 60.1) diagnostiziert eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 11). Der Beschwerdeführer gebe an, dass es ihm körperlich sehr schlecht gehe. Seine Rückenschmerzen würden in beide Beine und Kniegelenke ausstrahlen. Er helfe nicht im Haushalt, verbringe seine Tage mit Spaziergängen sowie vor dem Fernsehgerät. Ab und zu bekomme er Besuch (S. 7). Was den Psychostatus angehe, so sei das formale Denken logisch und kohärent. Für inhaltliche Denkstörungen gebe es keine Hinweise. Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration seien während der Untersuchung vollständig in der Norm. Das Gedächtnis sei intakt. Der Affekt sei meist ausgeglichen, ernst, ruhig, leicht bedrückt und leicht klagsam, aber gut moduliert; beim Bericht über die Krankheit der Tochter sei der Beschwerdeführer den Tränen nahe gewesen. Von Suizidalität distanziere er sich. Für Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen gebe es keine Hinweise. Mimik, Gestik, Antrieb und Psychomotorik seien normal. Hinweise auf schmerzbedingte Beeinträchtigungen liessen sich keine objektivieren. Der Gang sei unauffällig (S. 8). Im SCL-90-R-Test sei die subjektiv empfundene Beeinträchtigung im Dezember 2009 ■ein wenig■ bis «stark»

ausgeprägt gewesen. Der Wert für Somatisierung stehe im Vordergrund; zudem liege ein ängstlich-depressives Syndrom vor. Im BDI würden 39 von 63 Punkten erreicht, wobei ab 31 von einem subjektiv als schwer erlebten depressiven Syndrom gesprochen werde. Diese Ausprägung stehe im Gegensatz zur mittleren Schwere im SCL-90-R, was als Verdeutlichungstendenz einzuordnen sei (S. 9). Im MADRS würden 15 Punkte erreicht, wobei der relative Anteil der subjektiv berichteten Symptome deutlich erhöht sei; ein depressives Syndrom könne so maximal knapp objektiviert werden. Im SOMS-7T habe der Beschwerdeführer 93 von 192 Punkten erreicht, wobei er als sehr stark ausgeprägt u.a. Rücken- und Gelenkschmerzen, Schmerzen im Bauch und in der Magengegend sowie Kribbelempfindungen genannt habe; dies stehe in guter Übereinstimmung zum SCL-90-R (S. 10). Der Beschwerdeführer bezeichne sich selber als psychisch normal (S. 12). Auf Grund der körperlichen Schmerzen und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein organisches Korrelat sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu diskutieren (S. 13 f.). Die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien insgesamt nicht ausreichend erfüllt (S. 14). Stattdessen sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen, mit einer objektiv höchstens leichten Ausprägung (S. 15). Der Beschwerdeführer klage über dysthyme Verstimmung, Traurigkeit, Lärmempfindlichkeit sowie schmerzbedingte Schlafstörungen. Während der Untersuchung hätten keine depressiven Symptome ausreichend objektiviert werden können. Die Voraussetzungen für eine eigenständige depressive Episode seien nicht erfüllt. Die geschilderten Symptome seien in Umfang und Schwere durch die Schmerzstörung hinreichend erklärbar. Mit einem somatischen Syndrom seien im Übrigen nicht körperliche, psychosomatische oder ähnliche Befindlichkeitsstörungen gemeint, sondern Interesse- oder Freudverlust, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust (S. 16). Das Vorliegen eines tatsächlichen «somatischen Syndroms» könnte allenfalls eine besondere Schwere des depressiven Syndroms belegen, da die damit gemeinten Symptome dem theoretischen Konstrukt einer ehemals «Melancholie» oder «endogene Depression» genannten Störung zugeordnet würden (S. 16 f.). Dabei würden jedoch möglichst alle oder zumindest viele und / oder einzelne aussergewöhnlich schwere Symptome gefordert, um die zusätzliche Diagnose eines «somatischen Syndroms» stellen zu können. Beim Beschwerdeführer sei kein solches Syndrom zu erkennen. Rein psychiatrisch betrachtet könne es folgende Gründe für eine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung geben:

- Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer
- ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens
- verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung (■primärer Krankheitsgewinn■)

Alle drei Kriterien könnten beim Beschwerdeführer ab 1996 bis heute verneint werden: Eine psychische Komorbidität fehle, er nehme am sozialen Leben teil, eine psychiatrische Behandlung sei bisher nicht in Anspruch genommen worden. Die Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung sei somit nicht vermindert (S. 17). Die psychosozialen Faktoren (geringe Ausbildung, Krankheit der Tochter, Abstinenz vom und Lage auf dem Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, eheliche Konflikte) und Verdeutlichungstendenzen seien nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einbezogen

worden. Hinweise auf schwere Defizite auf Grund des Gesundheitszustandes und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung (durch fehlende krankheitsbedingte Ressourcen und / oder eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte) seien nicht vorhanden. Diese Einschätzung gelte ab 1996 (S. 18). Die bisherige Tätigkeit könne ganztags ausgeübt werden (S. 19). Dasselbe gelte für andere Tätigkeiten (S. 21).

6.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 31. August 2016 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

6.2.1 Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 8. Juni 2012 (IV-Nr. 115, S. 4) einen Lupus erythematosus tumidus. Zur Sicherung der Diagnose sei eine Probebiopsie durchgeführt worden, welche diese Verdachtsdiagnose bestätigt habe.

6.2.2 Im Bericht des J.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2013 (IV-Nr. 97, S. 5) wurde festgehalten: «Vergleichend zur Voruntersuchung vom Juni 2012 neu aufgetretene rechtsbetonte Diskusprotrusion L5/S1 ohne Verlagerung oder Verdickung der Nervenwurzel S1 rechts. Vorbestehende leichtgradige Einengung des rechtsseitigen Foramens ohne Verdickung der Nervenwurzel L5 rechts. Im Übrigen unveränderte Befundverhältnisse vergleichend zur Voruntersuchung.

6.2.3 Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt in seinem Arztzeugnis vom 25. August 2013 (IV-Nr. 97, S. 4) fest, das chronische Rückenleiden sei progredient, wie das aktuelle MRT LWS vom 15. Mai 2013 mit neu aufgetretener rechtsbetonter Diskusprotrusion L5/S1 belege. Das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2009 sei auch in dieser Hinsicht nicht nachvollziehbar. Die Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ sei eine krasse Fehldiagnose: Bei den Hautveränderungen an der Wange handle es sich um eine Hautkrankheit (Lupus erythematosus tumidus), welche mit einem Rheumamedikament behandelt werden müsse (siehe Bericht von Prof. Dr.med. I.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2012. Ein Alkoholproblem habe nie bestanden und sei eine unverschämte Unterstellung.

6.2.5 Im Arztbericht vom 8. September 2013 (IV-Nr. 97) stellte die Psychiaterin Dr. med. E.\_\_\_\_ folgende Diagnosen:

-Mittelgradige depressive Episode aufgrund von vorbestehenden Schmerzen (ICD-10 F32.1)

-Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Rückzugstendenz (ICD-10 F45.4)

-Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend ängstlichen Zügen (ICD-10 F60.6)

-Lese-und Rechtschreibstörung (ICD-10 F81.0)

-Stottern (ICD-10 F99.0)

Der Beschwerdeführer sei wegen der Chronifizierung der Schmerzen, der sekundär entstandenen Depression und Zunahme seiner Ängste bei einer schon früher bestehenden ängstlichen Persönlichkeitsstörung sowie seinen seit langem bestehenden Behinderungen nicht in der Lage in der freien Wirtschaft zu arbeiten. Er könne eventuell in einer geschützten Werkstatt zu 50 % arbeiten.

6.2.6 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 17. November 2014 (IV-Nr. 112.1) stellte Dr. med. B.\_\_\_\_ als Diagnose eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und

psychischen Faktoren (F45.41). Zusammenfassend sei an der Einschätzung gemäss Diskussion im Gutachten vom 31. Dezember 2009 festzuhalten. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie die dadurch im Fall des Beschwerdeführers erklärbaren objektiv gering ausgeprägten psychopathologischen Defizite würden aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht weiterhin keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründen. Im Fall des Beschwerdeführers seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht weiterhin auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/oder durch eine fehlenden Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Eine zur chronischen Schmerzstörung psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität sei nicht zu erkennen (die ängstlich- depressiven Verstimmungen des Beschwerdeführers seien weit überwiegend Teil des Schmerzerlebens, bzw. Ausdruck psycho-sozialer Belastungen und eines Rentenwunsches). Ein vollständiger sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens werde vom Beschwerdeführer selbst postuliert, könne jedoch weiterhin nicht als tatsächlich angenommen werden (bspw. TV sehen, spazieren gehen). Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne nicht angenommen werden, weil hierfür weiterhin keine differenzierten nachvollziehbaren fachärztlichen Angaben vorlägen und diese sich aus den Akten auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit herleiten liessen. Es seien vielfältige (psycho-) soziale Faktoren bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigen würden. Sie und eine Verdeutlichungstendenz würden auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers erklären.

Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 17. November 2014 (IV-Nr. 111.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1.Lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Beine, in die Arme und in den Kopf

-08/96 perkutane Laserapplikation des Diskus von LWK4/5

-17. April 1997 dorsolaterale semirigide Semidistraktion LWK4/5 beidseits wegen Segmentdegeneration und persistierenden Schmerzen nach perkutaner Mikrodiskektomie

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1.Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. med. M. B.\_\_\_\_, Bern

2.Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom

-nicht ausreichend somatisch abstützbar

-primäres Fibromyalgie-Syndrom

-betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte

-betont im Bereich der rechten im Vergleich zur linken Körperhälfte

-Panalgie

-diffuse Druckschmerzangabe

-Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke

-multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauchbereich, Einschlafen der Hände, Ameisenlaufen der Beine

3. Übergewicht mit Body-Mass-Index von 28,85 kg/m<sup>2</sup>

4. Nikotinkonsum von circa 17 pack years

5. Anamnestic Reizmagen-Syndrom

6. Arterielle Hypertonie

7. Integument mit Palmarerythem der Hände und mit angedeuteten Spider naevi im Bereich des Gesichtes und der oberen Thoraxapertur

8. Anamnestic Reizmagen-Syndrom

Dr. med. C. \_\_\_ führte in seiner Beurteilung aus, bereits in seiner Erstbegutachtung vom 31. Dezember 2009 habe er auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Schmerzen hingewiesen. An diesem Aspekt habe sich unterdessen nichts geändert. Der Versicherte schildere diffuse Druckschmerzen, die 14 der 18 an typischer Lokalisation gelegenen Fibromyalgie-Triggerpunkt-Zonen umfassen würden. Diese diffuse Druckschmerzangabe könne vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden, zumal auch kein korrelierender klinisch-pathologischer Befund, wie eine Myogelose oder einen Triggerpunkt, objektiviert werden könne. Bei einer generalisierten Druckschmerzangabe sei immer auch an die Möglichkeit eines Fibromyalgie-Syndroms zu denken, wobei es gelte, eine primäre von einer sekundären Form abzugrenzen. Die primären Formen seien im Gegensatz zu den sekundären Formen zumeist nicht somatisch abstützbar. Zusammen mit den weiter oben und weiter unten diskutierten Beschwerden sei bei diesem Versicherten ein primäres Fibromyalgie-Syndrom, gemäss den letztmals 2010 revidierten und international gültigen ACR-Diagnose-kriterien für ein Fibromyalgie-Syndrom, möglich, wobei dieses nicht vordergründig auf ein bekanntes somatisch pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden könne. Somit könne anlässlich dieser aktuellen Begutachtung neu die Diagnose eines primären Fibromyalgie-Syndroms gestellt werden. In den anlässlich dieser aktuellen Begutachtung ergänzend durchgeführten Abklärungen habe Dr. med. C. \_\_\_ keinen Hinweis auf ein sekundäres Fibromyalgie-Syndrom respektive auf eine Erkrankung aus dem entzündlichen Bereich oder auf eine Kristallablagerungserkrankung gefunden. Für ein sekundäres Fibromyalgie-Syndrom qualifiziere sich dieser Versicherte derzeit auch deshalb nicht, weil dieses zwingend mit eindeutig schmerzverstärkenden respektive schmerzlindernden Mechanismen verbunden sein müsse und zumeist entzündlich abstützbare Beschwerden geschildert würden, was bei diesem Versicherten ebenfalls nicht der Fall sei. Aufgrund der schmerzvermittelnden Mimik und Gestik, aufgrund dieser diffusen Druckdolenz, aufgrund der vom Versicherten geschilderten Beschwerden, sowie aufgrund der weiter unten diskutierten Beschwerden, gehe Dr. med. C. \_\_\_ insgesamt von vordergründig nicht somatisch abstützbaren Beschwerden aus. Diesbezüglich verweise er auch auf das psychosomatisch psychiatrische Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_, Bern. Somit sei, auch retrospektiv beurteilt, der Beschwerdeverlauf dieses Versicherten nachvollziehbar. Die

Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, wie bereits anlässlich der Erstbegutachtung vom 31. Dezember 2009 erwähnt, für die früher ausgeübte berufliche Tätigkeit als Hilfsarbeiter mit unter anderem Flachdachabdichtungen und -sanierungen weiterhin zu maximal 50 % eingeschränkt. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne Dr. med. C. \_\_\_ weiterhin, aus rein somatisch rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Für die früher als Hilfsarbeiter ausgeübten beruflichen Tätigkeiten, unter anderem mit der Flachdachabdichtung und -sanierung, sei auch im optimalen Fall, und nach Umsetzung der im Gutachten erwähnten beschwerdelindernden respektive therapeutischen Massnahmen, nicht mehr mit einer relevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Bezüglich der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. C. \_\_\_ aus, für die in der Schweiz früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten könne vollumfänglich auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht abgestützt werden. Bezüglich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychosomatisch-psychiatrischer Sicht verweise er auf die Begutachtung von Dr. med. B. \_\_\_, Bern. Die angepasste Verweistätigkeit für diesen Versicherten liege in einem temperierten (Raumluft) Raum, beschränke sich auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Diesbezüglich weise er, wie bereits anlässlich seiner Erstbegutachtung vom 31. Dezember 2009 erwähnt, daraufhin, dass es dem Versicherten mit seinem derzeitigen Ausmass des Körpergewichtes nicht immer möglich sei, die Regeln der Rückenergonomie einzuhalten. Die Gewichtslimite für repetitiv zu bewegendes Gewichte betrage 15 - 20 kg.

6.2.7 In seinem Schreiben vom 14. Januar 2015 (IV-Nr. 115) nahm Dr. med. D. \_\_\_ zum Teilgutachten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 17. November 2014 Stellung und führte aus, der Beschwerdeführer habe immer präzise und reproduzierbare Angaben zu seinen Beschwerden gemacht ohne Zeichen von Aggravation oder gar Simulation. Die im Gutachten erwähnten Waddell-Zeichen würden nicht näher erläutert. Seine Diagnose sei ein lumbovertobrales Schmerzsyndrom mit radikulärem Reizsyndrom L5 rechts. Entgegen Dr. med. C. \_\_\_ habe Dr. med. D. \_\_\_ nie auch nur den leisesten Verdacht auf ein Alkoholproblem eruieren können. Der CDT Wert sei 2009 und jetzt normal. Die Hautveränderungen im Gesicht entsprächen einem Lupus erythematosus tumidus (vgl. Bericht von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ vom 8. Juni 2012). Das Kernstück des Gutachtens, die Beurteilung der Wirbelsäule beginne mit einem Abschnitt, der praktisch wörtlich vom Gutachter in andern Gutachten verwendet werde. Dies lasse erhebliche Zweifel über die Objektivität des vorliegenden Gutachtens aufkommen. Dr. med. D. \_\_\_ beantrage eine Neubeurteilung mit Durchführung einer lumbalen Funktionsmyelographie.

6.2.8 In ihrer Stellungnahme vom 17. Juli 2015 (IV-Nr. 133) hielt Dr. med. F. \_\_\_ vom RAD fest, das fragliche radikuläre Reizsyndrom sei nur ein Aspekt der vielfältigen Beschwerden, die der Beschwerdeführer geltend mache. Die Hauptdiagnose gemäss dem psychiatrischen Gutachter sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der rheumatologische Gutachter stelle eine primäre Fibromyalgie

fest. Diese Beschwerdebilder müssten heute unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den psychosomatischen Leiden beurteilt werden. Es empfehle sich in diesem Fall eine erneute, polydisziplinäre Begutachtung unter Einbezug der Neurologie, um auch die Frage der radikulären Symptomatik abschliessend zu klären.

6.2.9 Im Bericht der J.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2015 (IV-Nr. 143.7, S. 2) betreffend MRT LWS und ISG wurde festgehalten: «Vergleichend zu 2013 unveränderte Befundsverhältnisse mit unveränderter Darstellung des leicht eingeeengten Foramens rechts L5/S1 und der rechtsbetonten Diskusprotrusion.»

6.2.10 Im Bericht der J.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2015 (IV-Nr. 143.7, S. 1) betreffend Röntgen des Beckens und beider Kniegelenke wurde ausgeführt: «Fortgeschrittene bilaterale linksbetonte Koxarthrosen mit Protrusio acetabuli. Ca. 12 mm tiefer stehender Femurkopf links vergleichend zu rechts. Beginnende degenerative Veränderungen femoropatellär links und feine ventral medial in den Weichteilen unterhalb der Patella gelegene Verkalkung links. Im Übrigen regelrechte ossäre Strukturen und Gelenksverhältnisse der Kniegelenke beidseits.

6.2.11 Im Gutachten des G.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2015 (IV-Nr. 143.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1.Coxarthrose links mit klinisch messbar beeinträchtiger Beweglichkeit und mit deutlichen röntgenpathologischen Veränderungen (Protrusio acetabuli)

2.Lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mi/bei

-Anamnestisch Status nach perkutaner Mikrodiskektomie 1996 und nach dorsolateraler semirigidier Segmentdistraktion der Etage L4/5 1997

-Im MRI der LWS und der ISG vom 23. Oktober 2015 beschriebene rechtsbetonte praesacrale Diskusprotrusion und Neuroforamenstenose

3.Retropatellare Gonarthrose links

4.Lupus erythematodes tumidus (ED 2012)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

5.Tiefensensibilitätsstörung im Bereich des rechten Fusses, dd: funktionell

6.Leichte depressive Episode F33.0

7.Dysthymia F34.1

8.Anamnestisch Lese-Rechtschreibschwäche F81.0

9.Stottern F98

10.Verdacht auf ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung Z73

11.Arterielle Hypertonie

12.Reflux-Krankheit

13.Adipositas Grad I (BMI 30 kg/m<sup>2</sup>)

14.Verdacht auf COPD bei jahrzehntelangem Nikotinabusus

15.Zustand nach Cholezystektomie wegen Verschlussikterus (2002)

16.Zustand nach Hämorrhoidal-OP (2009)

17.Zustand nach Appendektomie

Zur Beurteilung wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer handle es sich um die führende Diagnose einer bisher nicht diagnostizierten und inzwischen relativ deutlichen Protrusionscoxarthrose links in Verbindung mit einer mässig intensiv ausgeprägten retropatellaren Gonarthrose links. Diese Befunde an den lasttragenden Gelenken des linken Beines seien in der bisherigen Aktenzusammenfassung noch nicht dokumentiert worden. Retrospektiv sei davon auszugehen, dass sich die relativ deutliche Coxarthrose links über Jahre in Entwicklung befunden habe. Retrospektiv sei somit medizinisch-theoretisch festzustellen, dass die Wiederaufnahme/Fortführung der bisherigen Tätigkeiten als Allrounder auf Baustellen, Plattenleger und Flachdachisolierer ungeeignet gewesen wäre. Hingegen hätten leidensadaptierte Tätigkeiten bereits ab 1997 durchgehend zugemutet werden können. Tätigkeiten welche mit dem Belastungsprofil korrelieren würden, seien aus orthopädischer Sicht bei einem vollen Pensum mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % auf einem 80 %-Niveau zumutbar. Eine um 20 % geminderte Leistungsfähigkeit gehe zu Lasten von auch in optimal angepassten Tätigkeiten nicht gänzlich vermeidbaren tieflumbalen Rückenbeschwerden, linksseitigen Hüft- und linksseitigen Kniegelenkbeschwerden. Beim Versicherten sei ferner mit Bericht vom 8. Juni 2012 ein Lupus erythematodes tumidis festgehalten worden. Diese kutane Form des Lupus erythematodes beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nur insofern, dass Tätigkeiten im Freien nicht in Frage kämen. In den internistischen und neurologischen Abklärungen seien keine weiteren somatischen Beeinträchtigungen beschrieben worden. Die psychiatrisch formulierten Diagnosen würden die Arbeitsfähigkeit derzeit nicht beeinträchtigen. Die orthopädisch beschriebenen Befunde und Diagnosen im Bereich der linken Hüfte, des linken Kniegelenkes und der LWS beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit dauerhaft. Nicht mehr möglich seien schwere und statisch belastende Arbeiten, wie z.B. Arbeiten kniend, hockend, kauend, gebückt. Arbeiten auf unebenem Gelände, Gerüsten und Leitern sowie einhergehend mit erhöhten Unfallgefährdungen seien zu meiden. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg limitiert. Geeignet seien leichte, überwiegend sitzend und auch wechselbelastend mögliche Tätigkeiten, möglichst in geschlossenen und heizbaren Räumen. Eine Disposition in freier/nasskalter Witterung sei zu meiden. Aus psychiatrischer Sicht sei eine berufliche Tätigkeit, welche von Routinen geprägt sei und mit wenig oder moderatem Kundenkontakt einhergehe, als geeignet anzusehen. Intensiver Kundenkontakt und ein hoher Bedarf an Flexibilität seien nicht zu empfehlen.

Bezüglich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit hielten die Gutachter fest: Der Gesundheitszustand und auch die Arbeitsfähigkeit hätten sich, verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung 2010, wesentlich verändert. Retrospektiv müsse davon ausgegangen werden, dass die Diagnose einer linksseitigen Coxarthrose und retropatellaren Gonarthrose bereits damals zu stellen gewesen wäre. Durch nicht bekannte Gründe sei die entsprechende Diagnose erstmals im Rahmen dieser polydisziplinären Abklärung erfolgt. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, welche mit den Kriterien des Belastungsprofils korreliere, sei die Arbeitsfähigkeit auf einem 80%-Niveau (volles Pensum, 80 % Leistungsfähigkeit) zumutbar. Die um 20 % geminderte Leistungsfähigkeit gehe zu Lasten von auch in optimal angepassten Tätigkeiten nicht gänzlich vermeidbaren Beschwerden im Bereich der linken Hüfte, des linken

Kniegelenkes und der LWS. Aus psychiatrischer Sicht habe innerhalb früherer mittelgradiger Depressionen eine reduzierte Arbeitsfähigkeit / Leistungsfähigkeit von ca. 70 % bestanden. Der exakte Zeitverlauf habe sich anamnestisch nicht nachvollziehen lassen. Ausserhalb mittelgradiger depressiver Phasen hätten keine Einschränkungen und ein weitestgehend stabiler Verlauf seit 2010 bestanden.

6.2.12 Mit Schreiben vom 31. Januar 2016 (IV-Nr. 147) nahm Dr. med. D.\_\_\_\_ zum Gutachten der G.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2015 Stellung und hielt fest, Dr. med. H.\_\_\_\_ habe es in seiner Diagnoseliste unterlassen, die genaue Wiedergabe des Befundes im MRI vom 23. Oktober 2015 aufzuführen: Es handle sich um eine Neuroforamenstenose L5/S1 rechts, dem Durchtritt der Nervenwurzel L5 rechts, welche für die Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers verantwortlich sei. Bei der Untersuchung von Dr. med. D.\_\_\_\_ sei der Lasègue-Test immer mit einer Schmerzausstrahlung ins Dermatom L5 positiv gewesen, dieser Befund werde durch einem positiven Slump-Test rechts erhärtet. Ein neuropathischer Nervenwurzelschmerz könne auch invalidisierend sein. Es brauche nicht zwingend neurologische Ausfälle. Die Indikation für eine lumbale Myelographie wäre gegeben um zu beweisen, dass es sich um eine relevante radikuläre und nicht pseudoradikuläre Schmerzproblematik handle. Eine Wurzeltaschenamputation, wie sie in der lumbalen Funktionsmyelographie vom 28. Oktober 1999 beschrieben worden sei, spreche für eine eindeutige radikuläre Problematik.

6.2.13 In der Stellungnahme der G.\_\_\_\_ -Gutachter vom 23. Februar 2016 (IV-Nr. 149) wurde ausgeführt, bei der neurologischen Untersuchung habe sich ein absolut normaler Neurostatus an den oberen Extremitäten ergeben, an den unteren sei ein Absinken im Halteversuch erfolgt, jedoch seien Gang und Stand selbständig möglich gewesen trotz den bei den Spezialgangarten angegebenen Schmerzen auf der rechten Seite. In Bezug auf den Lasègue sei festzustellen gewesen, dass bei der Prüfung ganz zuletzt ein gewisser Schmerz angegeben worden sei, dies auf beiden Seiten, wobei jedoch in einem solchen Fall nicht von einem positiven Lasègue gesprochen werden könne, allenfalls von einem positiven Lasègue in Endstellung. Entgegen seinen Angaben habe der Versicherte keine Medikation eingenommen gehabt, Trimipramin und Duloxetin wirkten beide schmerzmodulierend. Somit könne auch nicht ganz zwingend von einem behandlungsbedürftigen neuropathischen Nervenwurzelschmerz gesprochen werden. Wirklich neuropathische Nervenwurzelschmerzen bedürften immer einer medikamentösen Behandlung.

Sodann wurde aus orthopädischer Sicht festgehalten, der Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ begründe seine für die G.\_\_\_\_ -Gutachter nicht nachvollziehbare Diagnose einer Wurzeltaschenamputation L5 rechts - als Ursache persistierender lumbovertebraler Beschwerden - mit den Befunden einer 16 Jahre zurückliegenden lumbalen Funktionsmyelographie vom 28. Oktober 1999. Unter Kenntnis der Anamnese, naturgemäss auch unter Kenntnis und aktualisierter anamnestischer Befragung der aktuell vorliegenden Beschwerden des Versicherten hätten die Gutachter den Beschwerdeführer nicht nur ausführlich und sorgfältig klinisch funktionell orthopädisch traumatologisch, sondern auch neurologisch gutachterlich untersucht. Sodann könne man die von Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 14. Januar 2015 formulierten Diagnosen nicht nachvollziehen. Für die diagnostische Formulierung eines radikulären Reizsyndroms L5 rechts bestehe weder klinisch-funktionell noch aufgrund einer aktuellen bildgebenden Diagnostik (MRI der LWS und der ISG vom 23. Oktober 2015) ein plausibler Zusammenhang. Der Vorschlag einer Neu Beurteilung mit Durchführung einer lumbalen

Funktionsmyelographie erscheine indikativ nicht hinreichend begründet. Entgegen stehe der Aspekt, dass es sich bei einer lumbalen Funktionsmyelographie um eine invasive Massnahme mit Rückenmarkpunktion und den nicht sicher auszuschliessenden Risiken handle. Im Übrigen sei die von den G.\_\_\_\_-Gutachtern veranlasste und ausgewertete aktuelle MRI-Abklärung der LWS und der ISG vom 23. Oktober 2015 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit hinreichend. Dies insbesondere mit einem klinisch-funktionell nicht nachweisbaren radikulären Reizsyndrom L5. Im Übrigen diene eine kernspintomographische Abklärung zur bildgebenden Sicherung eines in einem SLUMP-Test sich ergebenden Verdachtes einer z.B. Diskushernie. Wie bereits erwähnt, sei auch die von den G.\_\_\_\_-Gutachtern im Rahmen der Begutachtung aktuell veranlasste MRI-Abklärung der LWS insofern unauffällig gewesen.

6.2.14 In seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2016 (IV-Nr. 155, S. 2) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ fest, Dr. med. H.\_\_\_\_ schreibe auf Seite 2, dass es weder klinisch-funktionell, noch in der aktuellen bildgebenden Diagnostik (MRI) einen plausiblen Zusammenhang für ein radikuläres Reizsyndrom L5 rechts gebe. Dem widerspreche aber seine eigene Kollegin, Frau Dr. med. K.\_\_\_\_, auf Seite 1 und beschreibe dort einen positiven Lasègue in Endstellung. Im RAD-Bericht von Frau Dr. med. F.\_\_\_\_ sei auf Seite 2 im MRI vom 23. Oktober 2015 eine rechtsbetonte praesacrale Diskusprotrusion und Neuroforamenstenose beschrieben worden.

6.2.15 In ihrer Aktennotiz vom 25. August 2016 (IV-Nr. 158) führte Dr. med. F.\_\_\_\_ vom RAD aus, ein endgradig positiver Lasègue sei ein negativer Lasègue. Den korrekten Befund finde man dann auch im neurologischen Teilgutachten des G.\_\_\_\_ auf S. 38: «Reflexstatus: Alle Reflexe sind symmetrisch auslösbar. Babinski beidseits negativ. Lasègue beidseits negativ. Auf beiden Seiten werden Schmerzen in Endstellung angegeben.» Ein endgradiger Schmerz in der Lasègue-Prüfung (endgradig bedeute da über 60 - 70 Grad Flexion im Hüftgelenk) sei nicht Ausdruck einer Nervenwurzelkompression oder -reizung. Bei einem radikulären Reizzustand würden die Schmerzen viel früher auftreten (in der Regel unter 40 Grad Beugung) und seien typischerweise mit einer Blockierung verbunden. Die umfangreichen Untersuchungen bei diesem Versicherten hätten weder klinisch noch in der Bildgebung ein radikuläres Syndrom bestätigen können. Es bleibe nur noch einmal darauf hinzuweisen, dass radiologische Befunde (in diesem Fall eine Diskusprotrusion im MRI) per se gar nichts über die Beschwerden, geschweige denn über die Belastbarkeit/Arbeitsfähigkeit aussagen würden, sondern immer nur in Zusammenhang mit der Anamnese und den klinischen Befunden bewertet werden dürften.

## **E. 5**

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe der behandelnde Arzt, Herr Dr. med. D.\_\_\_\_, mit Schreiben vom 31. Januar 2016 entgegen der fachärztlichen Meinung von Dr. med. H.\_\_\_\_ der G.\_\_\_\_ eingewendet, dass die Verlaufs-MRI-Abklärung vom 23. Oktober 2015 die Abklärungsbedürfnisse eben nicht hinreichend beantwortet hätten. Weil von einer radikulären Problematik auszugehen sei, sei diese zu untersuchen. Einzige bildgebende Untersuchungsmethode sei die Myelographie. Mit Schreiben vom 23. Mai 2016 habe Herr Dr. med. D.\_\_\_\_ auf die Widersprüchlichkeit der medizinischen Beurteilungen des Gutachters, Herr Dr. med. H.\_\_\_\_, und der Ärztin des Regionalärztlichen Dienstes, Frau Dr. med. F.\_\_\_\_, aufmerksam gemacht. So fehle nach erstgenanntem Arzt ein plausibler Zusammenhang zu einem radikulären Reizsyndrom L5 rechts entgegen der Beschreibung einer rechtsbetonten praesacralen Diskusprotrusion und

Neuroforamenstenose durch Frau Dr. med. F.\_\_\_\_. Vorliegend werde von Seiten des Beschwerdeführers die Notwendigkeit der Durchführung der Myelographie durch Herrn Dr. med. D.\_\_\_\_ wiederholt dargelegt und von der Beschwerdegegnerin in widersprüchlicher Weise bestritten. So beurteile Frau Dr. med. F.\_\_\_\_ vom Regionalärztlichen Dienst (RAD) eine rechtsbetonte praesacrale Diskusprotrusion und Neuroforamenstenose und widerspreche damit dem Gutachter Herrn Dr. med. H.\_\_\_\_, der einen plausiblen Zusammenhang zu einem radikulären Reizsyndrom L5 rechts nicht sehe. Dieser Widerspruch und vor allem die medizinische Einschätzung von Frau Dr. med. F.\_\_\_\_ würden die vermutete Diagnose von Herrn Dr. med. D.\_\_\_\_ bestätigen. Zur genaueren und abschliessenden Abklärung sei aber eine Myelographie nötig. Mit der Weigerung zur Durchführung einer Myelographie werde der im Gesetz festgelegte Untersuchungsgrundsatz verletzt. Deswegen gelte es, besagte medizinische Untersuchung nachzuholen und die neuen Erkenntnisse in der Beurteilung des Leistungsanspruches des Beschwerdeführers, konkret der Eingliederungsmassnahmen und des Rentenanspruches, entsprechend zu berücksichtigen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Untersuchungen der G.\_\_\_\_ -Gutachter hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer einer angepassten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeit in einem vollen Pensum nachgehen könne, mit einer Leistungseinschränkung von 20 %. Die bisherige Tätigkeit als Plattenleger und Flachdachisolierer sei dauerhaft ungeeignet und nicht mehr zumutbar. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und einen Abzug von 10 % vorgenommen. Aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers seien berufliche Massnahmen nicht indiziert. Zur Indikation bzw. Nicht-Indikation einer Myelographie hätten die Gutachter der G.\_\_\_\_ bereits im Schreiben vom 23. Februar 2016 Stellung genommen. Wie die RAD-Ärztin (s. RAD-Stellungnahmen vom 17. Juli 2015) so hätten auch die Gutachter der G.\_\_\_\_ die Anfertigung einer lumbalen Funktionsmyelographie mit Hinweis auf die umfassenden klinisch-funktionellen Abklärungsergebnisse und die Ergebnisse der MRI-Abklärung der LWS vom 23. Oktober 2015 für nicht indiziert gehalten. Die Gutachter hätten festgestellt, dass für die diagnostische Formulierung eines radikulären Reizsyndroms L5 rechts weder klinisch-funktionell noch aufgrund einer aktuellen bildgebenden Diagnostik (MRI der LWS und der ISG vom 23. Oktober 2015) ein plausibler Zusammenhang bestehe. Der mit Einwanderergänzung eingereichte Ausschnitt einer Dissertation von 2009 zur Wertigkeit der Myelographie ändere an dieser Einschätzung nichts (RAD Stellungnahme vom 5. Juli 2016). Betreffend den Einwand, es würden widersprüchliche fachmedizinische Einschätzungen unter dem Ärzteteam der G.\_\_\_\_ bestehen, werde auf die Aktennotiz der RAD-Ärztin, Frau Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, vom 25. August 2016 verwiesen. Daraus gehe hervor, dass ein endgradiger Schmerz in der Lasègue Prüfung nicht Ausdruck einer Nervenwurzelkompression oder -reizung sei, ferner radiologische Befunde per se nichts über die Beschwerden geschweige denn über die Belastbarkeit/Arbeitsfähigkeit aussagen würden, sondern immer nur in Zusammenhang mit der Anamnese und den klinischen Befunden bewertet werden dürften. Des Weiteren setze ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art.

## **E. 7**

7.1 Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des G.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2015 (IV-Nr. 143.1) stützt, ist vorerst dessen Beweiswert zu prüfen. Grundsätzlich ist diesem Gutachten voller

Beweiswert zuzumessen. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet.

Im orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 143.2) führt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, überzeugend aus, der pathologische Befund einer frühen und röntgenologisch relativ fortgeschrittenen Protrusionscoxarthrose mit einer gleichzeitigen retropatellaren Gonarthrose des linken Beines beeinträchtigt naturgemäss die gesamtstatische Belastbarkeit des Bewegungsapparates in allen Arbeitspositionen sowie stehend, kniend, hockend, sitzend etc. Rücken-, hüft- und kniebelastende Zwangshaltungen seien somit nicht mehr zumutbar. Tätigkeiten mit Aufenthalt auf Gerüsten, Leitern und in sonstigen belastenden Zwangshaltungen, wie sie auf Baustellen und als Plattenleger nicht vermeidbar seien, könnten dauerhaft nicht mehr zugemutet werden. Aus orthopädisch-statischer Sicht neigten die hüft- und knieverursachten Beschwerden der linken unteren Extremität zu einer Überlagerung und Verschlimmerung der lumbovertebral degenerativ gründenden Beschwerden. Der Versicherte sei somit nur noch für leichte, statisch schonende, wechselbelastende Tätigkeiten geeignet. Überwiegend seien diese Tätigkeiten in sitzender Position sinnvoll. Es sollte die Gelegenheit bestehen, sich nach eigenem Ermessen bewegen zu können. Die zumutbare Gehstrecke sei mit ca. 1000 m limitiert.

Sodann legt Dr. med. H.\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass die Diagnose einer bereits fortgeschrittenen Protrusionscoxarthrose links und einer mässig ausgeprägten retropatellaren Gonarthrose links in der dokumentierten Vorgeschichte - insbesondere in den Vorgutachten vom 31. Dezember 2009 und vom 17. November 2014 - noch nicht offenkundig gewesen sei. Somit seien die Hüft- und Kniebefunde im Rahmen dieses Gutachtens erstmals diagnostiziert worden. Das Restbelastungsprofil sei somit weitergehend beeinträchtigt, als dies aus der bisherigen Akte erkennbar sei.

Weiter führt Dr. med. H.\_\_\_\_ einleuchtend aus, eine schwere Protrusionscoxarthrose links wie vorliegend bedürfe einer langjährigen Ätiopathogenese. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei bei diesem Versicherten bereits zum Zeitpunkt der Geburt die linksseitige Hüftanatomie pathologisch gewesen. Die stattgehabten Arbeitseinwirkungen (als Kind Mithilfe auf dem elterlichen Bauernhof im Kosovo und in der Schweiz als Maurer, Dachdecker, Flachdachisolierer) hätten den Prozess der Entwicklung der schweren Protrusionscoxarthrose massgeblich beschleunigt. Retrospektiv wäre dieser Versicherte in den erwähnten Tätigkeiten rein hüftbedingt zu keinem Zeitpunkt 100 % geeignet gewesen. Ein schweres Hüftleiden wie vorliegend entspreche einer angeborenen Behinderung. Diese sei leider weder diagnostiziert geschweige behandelt worden.

Bezüglich der von der Vertretung des Beschwerdeführers verlangten lumbalen Funktionsmyelographie hielt Dr. med. H.\_\_\_\_ sodann einleuchtend fest, dafür bestehe nach orthopädisch-traumatologischer Interpretation keine hinreichende indikative Begründung. Sämtliche pathomorphologischen Abklärungsbedürfnisse der LWS würden durch die klinischen Untersuchungen und durch die veranlasste und vorbeschriebene Verlaufs-MRI-Abklärung der LWS hinreichend beantwortet, weshalb auf die Anfertigung verzichtet worden sei.

Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 143.3) wird von Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, nachvollziehbar aufgezeigt, dass die vom Versicherten geäußerten massiven Schmerzen von neurologischer Seite her nicht erklärt werden könnten, da der Lasègue negativ sei und offenbar auch keine dauerhafte Einschränkung im Gehen vorhanden sei, bei normaler Trophik trotz Angabe von Beschwerden und trotz Störung der Tiefensensibilität. Die angegebene Störung der Tiefensensibilität im Bereiche des rechten Fusses sei neurologisch nicht erklärbar, es bestünden keine weiteren peripher neurologischen noch zentralen Störungen. Aller Wahrscheinlichkeit nach handle es sich dabei um funktionelle Beschwerden. Die Arbeitsfähigkeit sei von neurologischer Seite her nicht eingeschränkt.

Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 143.4) hält Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, beim Versicherten bestehe seit 1996 ein orthopädisch-neurochirurgisches Krankheitsbild. Seit März 2000 würden durch die behandelnden Ärzte auch eine psychisch labile Verfassung und erhöhte Ängstlichkeit beschrieben. Im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ und Dr. med. B.\_\_\_\_ vom Dezember 2009 seien die psychiatrischen Diagnosen eines chronischen, nicht ausreichend somatisch abstützbaren Schmerzsyndroms entsprechend einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie einer dysthymen Verstimmung gestellt worden. Wie Dr. med. L.\_\_\_\_ hierzu aber einleuchtend ausführt, hat die Schmerzsymptomatik, wie im orthopädischen Teilgutachten aufgezeigt, einen objektivierbaren organmedizinischen Auslöser, womit das aktuelle klinische Bild sich umfassend durch organmedizinische Befunde erklären lässt, weshalb die bisherige Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht aufrechterhalten werden kann. Im Weiteren kommt Dr. med. L.\_\_\_\_ nachvollziehbar zum Schluss, beim Versicherten bestehe eine depressive Störung, die diagnostisch in zwei Komponenten zu unterteilen sei: Zum einen bestehe seit über zwei Jahren eine depressive Verstimmung leichteren Ausmasses, welche als Dysthymia F34.1 einzuordnen sei. Auf diese chronische Symptomatik pflanzten sich zum anderen depressive Phasen auf, aktuell bestehe eine leichte depressive Episode bei rezidivierender Störung F33.0. Die organmedizinische Erkrankung habe den Versicherten mit einer für ihn neuen und weitestgehend unberechenbaren Situation konfrontiert. Sei er bis dato in seiner Persönlichkeitsstruktur gefestigt und in seinem vertrauten Alltag gut verankert gewesen, habe er diese neue Situation nicht ausreichend bewältigen können, es hätten sich zunehmend soziale Ängste und Vermeidungsverhalten eingeschlichen. Es könne anhand einer einmaligen Begutachtung nur vermutet werden, dass eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstruktur vorliege, welcher per se kein Krankheitswert zukomme, aber seine Fähigkeit zur psychischen Bewältigung der organmedizinischen Erkrankung beeinträchtige und damit möglicherweise auch den Boden für die Entstehung der Depression gebildet habe. Hinweise für eine manifeste Persönlichkeitsstörung hätten sich aktuell nicht ergeben. Das (leichte) Stottern und die anamnestisch vorbeschriebene Lese-Rechtsschreib-Störung hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. Da die Depression aktuell als leichtgradig einzustufen sei, habe diese keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem wäre bei einer regelmässigen Einnahme von 100 mg Trimipramin und 90 mg Cymbalta ein deutlich höherer Blutspiegel zu erwarten. Beide Medikamente seien nicht messbar vorhanden, weshalb von einer eingeschränkten Compliance ausgegangen werden müsse. Im Vorgutachten vom November 2014 sei zusätzlich als rheumatologische Diagnose eine Fibromyalgie beschrieben worden. Die Diagnosekriterien der Fibromyalgie würden Überschneidungen mit denen einer Dysthymia

beinhalten (z.B. Schlafstörungen, Störungen des Antriebs bzw. rasche Erschöpfbarkeit), so dass dies möglicherweise erkläre, warum keine Dysthymia trotz relevanter Symptome diagnostiziert worden sei.

Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 143.5) wird von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ausgeführt, auf internistischem Gebiet sei zum einen die arterielle Hypertonie erwähnenswert, bei der heutigen Untersuchung fänden sich erhöhte Werte, so dass über eine Optimierung der Therapie nachgedacht werden sollte. Zum anderen bestehe eine Reflux-Krankheit, die unter der PPI-Therapie dem Versicherten wenig Beschwerden bereite. Bei jahrzehntelangem Nikotinabusus sei aufgrund der Anamnese das Vorliegen einer COPD sehr wahrscheinlich. Beim Versicherten sei mit Bericht vom 8. Juni 2012 ein Lupus erythematodes tumidis festgehalten worden. Diese kutane Form des Lupus erythematodes beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nur insofern, dass Tätigkeiten im Freien nicht in Frage kämen. Also könne eine Tätigkeit als Dachdecker und Flachdachisolierer nicht mehr ausgeübt werden. Gestützt auf seine Abklärungen hält der Gutachter nachvollziehbar fest, aus internistischer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit als Dachdecker und Flachdachisolierer bei 0 %. In einer angepassten Verweistätigkeit betrage sie 100 %. Die bei dem Versicherten bestehende arterielle Hypertonie sowie die Reflux-Ösophagitis und der Verdacht auf eine COPD hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sowie auf das Belastungsprofil.

7.2 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Gestützt darauf steht fest, dass seit der letzten abweisenden Rentenverfügung vom 12. August 2010 aus gesundheitlicher Sicht eine Verschlechterung eingetreten ist und der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist. Zudem ist er in einer angepassten leichten, überwiegend sitzenden und auch wechselbelastenden Tätigkeit, möglichst in geschlossenen und heizbaren Räumen, freie und nasskalter Witterung vermeidend, sowie in einer von Routinen geprägten und mit wenig oder moderatem Kundenkontakt einhergehenden Tätigkeit lediglich zu 80 % arbeitsfähig.

Die übrigen medizinischen Stellungnahmen geben keinerlei Anlass, an den Ergebnissen des Gutachtens zu zweifeln. Insbesondere vermögen die Berichte des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ den Beweiswert der Beurteilung der G.\_\_\_\_-Gutachter nicht zu entkräften. Die diesbezüglichen Rügen werden zudem durch die Stellungnahme der G.\_\_\_\_-Gutachter vom 23. Februar 2016 (IV-Nr. 149; vgl. E. 6.2.13 vorgehend) wie auch die Argumentation von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 25. August 2016 einleuchtend widerlegt: So sei ein endgradiger Schmerz in der Lasègue Prüfung nicht Ausdruck einer Nervenwurzelkompression oder -reizung. Bei einem radikulären Reizzustand würden die Schmerzen viel früher auftreten (in der Regel unter 40 Grad Beugung) und seien typischerweise mit einer Blockierung verbunden. Die umfangreichen Untersuchungen bei diesem Versicherten hätten weder klinisch noch in der Bildgebung ein radikuläres Syndrom bestätigen können. In diesem Zusammenhang ist auf den Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hinzuweisen: Die bloße Berufung auf abweichende Stellungnahmen behandelnder Ärzte ist nicht geeignet, Zweifel am Beweiswert unabhängiger fachärztlicher Expertisen aufkommen zu lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2009, 9C\_170/2009, Erw. 2.2). Hinzu kommt, dass Dr. med. D.\_\_\_\_ auf dem Gebiet der Orthopädie die Spezialkenntnisse fehlen, seine Stellungnahme also auch aus diesem Grund weniger Gewicht als ein fachärztliches Gutachten besitzt (s. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C\_323/2009, E.

4.3.1). Des Weiteren ist ergänzend auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. D. \_\_\_ auch deswegen vergleichsweise geringerer Beweiswert zuzumessen ist. Auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen vermögen am Beweiswert des Gutachtens nicht zu ändern. So legen die G. \_\_\_ -Gutachter überzeugend dar, weshalb ihrer Meinung nach für die verlangte lumbalen Funktionsmyelographie keine hinreichende Indikation bestehe. So würden sämtliche pathomorphologischen Abklärungsbedürfnisse der LWS durch die klinischen Untersuchungen und durch die veranlasste und Verlaufs-MRI-Abklärung der LWS hinreichend beantwortet. Letztlich ist es Sache der medizinischen Gutachter über allfällige Indikationen weitergehender Untersuchungen zu befinden, falls sie der Ansicht wären, solche seien zur Beurteilung des Sachverhaltes notwendig.

## **E. 8**

8.1 Die im angefochtenen Entscheid vorgenommene Invaliditätsbemessung ist unbestritten geblieben. So ist die Vorinstanz für die Festsetzung des Valideneinkommens grundsätzlich zu Recht vom zuletzt erzielten Verdienst des Beschwerdeführers ausgegangen. Da im Gesundheitsfall erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit weitergeführt worden wäre, ist in der Regel an den letzten Lohn anzuknüpfen, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat (BGE 129 V 224 Erw. 4.3.1). Dies ist auch hier der Fall, verlor der Beschwerdeführer seine Stelle doch krankheitshalber. Gemäss Arbeitgeberbericht (IV-Nr. 1.13, S. 2 Ziff. 16) hätte er im Jahr 1997 CHF 50'700.00 verdient. Dieses Einkommen ist an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmer im Baugewerbe per 2014 anzupassen, woraus CHF 61'694.00 resultieren (vgl. Berechnung in der Verfügung der IV-Stelle vom 31. August 2016).

Da der Beschwerdeführer zudem keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2014) herangezogen, die Wochenstunden aufgerechnet und dieses Einkommen an die Teuerung angepasst. Hierbei hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den Totalwert Niveau 1 abgestellt. Wie das Bundesgericht hierzu festgehalten hat, kann der Beizug des Tabellenlohnes eines einzelnen Sektors oder gar einer bestimmten Branche zwar praxismässig ausnahmsweise gerechtfertigt sein, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit im betreffenden Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt (Urteil 9C\_667/2013 vom 29. April 2014 E.5.3; Urteil 9C\_237/2007 vom 24. August 2007 E. 5.1, nicht publ. in: BGE 133 V 545, aber in: SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63). Im vorliegenden Fall kann aber nicht gesagt werden, dass für den Beschwerdeführer eine Arbeit in anderen Bereichen als im Baugewerbe kaum in Frage komme, zumal er im Bereich des Baugewerbes keine spezifische Ausbildung vorzuweisen hat. Damit ist es im vorliegenden Fall gerechtfertigt, wie im angefochtenen Entscheid auf den Totalwert Niveau 1, 2014, TA1\_Tirage\_skill\_level, Total Niveau 1, Männer abzustellen: CHF 5'312.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden (:40 x 41.7) = CHF 66'453.10, was bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ein Invalideneinkommen von CHF 53'162.50 ergibt.

8.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug anerkannt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit. Gerade in einfachen und repetitiven Tätigkeiten sind Männer mit Teilzeitpensen ■ im Gegensatz zu Frauen ■ schlechter entlohnt als im Durchschnitt aller Beschäftigungsgrade inklusive Vollzeit, nämlich um rund 9 % bei Teilzeit zwischen 50 und 74 %. Bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, hat die Rechtsprechung einen Abzug von 10 % anerkannt (vgl. Hans-Jakob Mosimann, in: Steiger-Sackmann / Mosimann, Handbücher für die Anwaltspraxis, Recht der Sozialen Sicherheit, Zürich 2014, Rz. 22.67, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_382/2012 vom 25. Juni 2012 E. 3.2.2, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2011 vom 23. Januar 2012 E. 4.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.1.1, mit Hinweisen).

Die Höhe des leidensbedingten Abzugs ist eine typische Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle geht es darum, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Allerdings darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81).

8.2.1 Der Beschwerdeführer ist nur noch zu 80 % arbeitsfähig und vermag eine angepasste leichte, überwiegend sitzende und auch wechselbelastende Tätigkeit, möglichst in geschlossenen und heizbaren Räumen, freie und nasskalter Witterung vermeidend, sowie eine von Routinen geprägte und mit wenig oder moderatem Kundenkontakt einhergehende Tätigkeit verrichten. Vor diesem Hintergrund erweist sich der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % als angemessen. Dagegen besteht für einen weiteren Abzug aufgrund von Alter und Nationalität kein Raum. Namentlich ist der Beschwerdeführer schon vor Jahren in der Schweiz eingebürgert worden, so dass allfällige schlechtere Verdienstaussichten für Ausländer von vornherein keine Rolle spielen. Ebenfalls keinen Abzugsgrund stellt der Umstand dar, dass der Beschwerdeführer nur zu

80 % leistungsfähig ist, da dies gemäss G.\_\_\_\_ -Gutachten bei einem vollen Pensum umsetzbar ist.

Unter Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 10 % ergibt sich schliesslich ein Invalideneinkommen von CHF 47'846.25 und ein Invaliditätsgrad von 22 %, womit der Rentenanspruch zu verneinen ist.

9. Angesichts eines Invaliditätsgrades von 22 % hätte der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf Massnahmen zur beruflichen Eingliederung.

Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit

-diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und

-die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art sind in den Art. 15 - 18d IVG geregelt. So können Berufsberatung, eine erstmalige berufliche Ausbildung, eine Umschulung, eine Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuche, Einarbeitungszuschüsse, eine Entschädigung für Beitragserhöhungen oder auch Kapitalhilfe gewährt werden. Jede einzelne Massnahme unterliegt gewissen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen und die sich aus der jeweiligen Bestimmung ergeben.

Arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, haben gemäss Art. 18 Abs. 1 IVG Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes und begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes.

Wie aus dem G.\_\_\_\_ -Gutachten hervorgeht, hat der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern erklärt, er könne wegen seiner Rückenbeschwerden einerseits und wegen seiner psychiatrischen Probleme auch keine angepasste Tätigkeit aufnehmen (vgl. S. 27 des Gutachtens). Damit fehlt es derzeit an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es steht dem Beschwerdeführer aber offen, sich bei der Beschwerdegegnerin zur Durchführung der beruflichen Massnahmen zu melden, sobald er bereit ist, das gutachterlich ermittelte Leistungsvermögen auszuschöpfen.

10. Somit ist die Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis 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 bis 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.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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

## Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tageseit 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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

### **E. 9**

Stottern F98

### **E. 10**

Verdacht auf ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung Z73

### **E. 11**

Arterielle Hypertonie

### **E. 12**

Reflux-Krankheit

### **E. 13**

Adipositas Grad I (BMI 30 kg/m<sup>2</sup>)

### **E. 14**

Verdacht auf COPD bei jahrzehntelangem Nikotinabusus

### **E. 15**

Zustand nach Cholezystektomie wegen Verschlussikterus (2002)

### **E. 16**

Zustand nach Hämorrhoidal-OP (2009)

### **E. 17**

Zustand nach Appendektomie Zur Beurteilung wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer handle es sich um die führende Diagnose einer bisher nicht diagnostizierten und inzwischen relativ deutlichen Protrusionscoxarthrose links in Verbindung mit einer mässig intensiv ausgeprägten retropatellaren Gonarthrose links. Diese Befunde an den lasttragenden Gelenken des linken Beines seien in der bisherigen Aktenzusammenfassung noch nicht dokumentiert worden. Retrospektiv sei davon auszugehen, dass sich die relativ deutliche Coxarthrose links über Jahre in Entwicklung befunden habe. Retrospektiv sei somit medizinisch-theoretisch festzustellen, dass die Wiederaufnahme/Fortführung der bisherigen Tätigkeiten als Allrounder auf Baustellen, Plattenleger und Flachdachisolierer ungeeignet gewesen wäre. Hingegen hätten leidensadaptierte Tätigkeiten bereits ab 1997 durchgehend

zugemutet werden können. Tätigkeiten welche mit dem Belastungsprofil korrelieren würden, seien aus orthopädischer Sicht bei einem vollen Pensum mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % auf einem 80 %-Niveau zumutbar. Eine um 20 % geminderte Leistungsfähigkeit gehe zu Lasten von auch in optimal angepassten Tätigkeiten nicht gänzlich vermeidbaren tieflumbalen Rückenbeschwerden, linksseitigen Hüft- und linksseitigen Kniegelenkbeschwerden. Beim Versicherten sei ferner mit Bericht vom 8. Juni 2012 ein Lupus erythematodes tumidis festgehalten worden. Diese kutane Form des Lupus erythematodes beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nur insofern, dass Tätigkeiten im Freien nicht in Frage kämen. In den internistischen und neurologischen Abklärungen seien keine weiteren somatischen Beeinträchtigungen beschrieben worden. Die psychiatrisch formulierten Diagnosen würden die Arbeitsfähigkeit derzeit nicht beeinträchtigen. Die orthopädisch beschriebenen Befunde und Diagnosen im Bereich der linken Hüfte, des linken Kniegelenkes und der LWS beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit dauerhaft. Nicht mehr möglich seien schwere und statisch belastende Arbeiten, wie z.B. Arbeiten kniend, hockend, kauend, gebückt. Arbeiten auf unebenem Gelände, Gerüsten und Leitern sowie einhergehend mit erhöhten Unfallgefährdungen seien zu meiden. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg limitiert. Geeignet seien leichte, überwiegend sitzend und auch wechselbelastend mögliche Tätigkeiten, möglichst in geschlossenen und heizbaren Räumen. Eine Disposition in freier/nasskalter Witterung sei zu meiden. Aus psychiatrischer Sicht sei eine berufliche Tätigkeit, welche von Routinen geprägt sei und mit wenig oder moderatem Kundenkontakt einhergehe, als geeignet anzusehen. Intensiver Kundenkontakt und ein hoher Bedarf an Flexibilität seien nicht zu empfehlen. Bezüglich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit hielten die Gutachter fest: Der Gesundheitszustand und auch die Arbeitsfähigkeit hätten sich, verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung 2010, wesentlich verändert. Retrospektiv müsse davon ausgegangen werden, dass die Diagnose einer linksseitigen Coxarthrose und retropatellaren Gonarthrose bereits damals zu stellen gewesen wäre. Durch nicht bekannte Gründe sei die entsprechende Diagnose erstmals im Rahmen dieser polydisziplinären Abklärung erfolgt. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, welche mit den Kriterien des Belastungsprofils korreliere, sei die Arbeitsfähigkeit auf einem 80%-Niveau (volles Pensum, 80 % Leistungsfähigkeit) zumutbar. Die um 20 % geminderte Leistungsfähigkeit gehe zu Lasten von auch in optimal angepassten Tätigkeiten nicht gänzlich vermeidbaren Beschwerden im Bereich der linken Hüfte, des linken Kniegelenkes und der LWS. Aus psychiatrischer Sicht habe innerhalb früherer mittelgradiger Depressionen eine reduzierte Arbeitsfähigkeit / Leistungsfähigkeit von ca. 70 % bestanden. Der exakte Zeitverlauf habe sich anamnestisch nicht nachvollziehen lassen. Ausserhalb mittelgradiger depressiver Phasen hätten keine Einschränkungen und ein weitestgehend stabiler Verlauf seit 2010 bestanden.

6.2.12 Mit Schreiben vom 31. Januar 2016 (IV-Nr. 147) nahm Dr. med. D.\_\_\_\_ zum Gutachten der G.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2015 Stellung und hielt fest, Dr. med. H.\_\_\_\_ habe es in seiner Diagnoseliste unterlassen, die genaue Wiedergabe des Befundes im MRI vom 23. Oktober 2015 aufzuführen: Es handle sich um eine Neuroforamenstenose L5/S1 rechts, dem Durchtritt der Nervenwurzel L5 rechts, welche für die Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers verantwortlich sei. Bei der Untersuchung von Dr. med. D.\_\_\_\_ sei der Lasègue-Test immer mit einer Schmerzausstrahlung ins Dermatom L5 positiv gewesen, dieser Befund werde durch einem positiven Slump-Test rechts erhärtet. Ein neuropathischer Nervenwurzelschmerz könne auch invalidisierend sein. Es brauche nicht zwingend neurologische Ausfälle. Die

Indikation für eine lumbale Myelographie wäre gegeben um zu beweisen, dass es sich um eine relevante radikuläre und nicht pseudoradikuläre Schmerzproblematik handle. Eine Wurzeltaschenamputation, wie sie in der lumbalen Funktionsmyelographie vom 28. Oktober 1999 beschrieben worden sei, spreche für eine eindeutige radikuläre Problematik.

6.2.13 In der Stellungnahme der G.\_\_\_\_-Gutachter vom 23. Februar 2016 (IV-Nr. 149) wurde ausgeführt, bei der neurologischen Untersuchung habe sich ein absolut normaler Neurostatus an den oberen Extremitäten ergeben, an den unteren sei ein Absinken im Halteversuch erfolgt, jedoch seien Gang und Stand selbständig möglich gewesen trotz den bei den Spezialgangarten angegebenen Schmerzen auf der rechten Seite. In Bezug auf den Lasègue sei festzustellen gewesen, dass bei der Prüfung ganz zuletzt ein gewisser Schmerz angegeben worden sei, dies auf beiden Seiten, wobei jedoch in einem solchen Fall nicht von einem positiven Lasègue gesprochen werden könne, allenfalls von einem positiven Lasègue in Endstellung. Entgegen seinen Angaben habe der Versicherte keine Medikation eingenommen gehabt, Trimipramin und Duloxetin wirkten beide schmerzmodulierend. Somit könne auch nicht ganz zwingend von einem behandlungsbedürftigen neuropathischen Nervenwurzelschmerz gesprochen werden. Wirklich neuropathische Nervenwurzelschmerzen bedürften immer einer medikamentösen Behandlung. Sodann wurde aus orthopädischer Sicht festgehalten, der Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ begründe seine für die G.\_\_\_\_-Gutachter nicht nachvollziehbare Diagnose einer Wurzeltaschenamputation L5 rechts - als Ursache persistierender lumbovertebraler Beschwerden - mit den Befunden einer 16 Jahre zurückliegenden lumbalen Funktionsmyelographie vom 28. Oktober 1999. Unter Kenntnis der Anamnese, naturgemäss auch unter Kenntnis und aktualisierter anamnestischer Befragung der aktuell vorliegenden Beschwerden des Versicherten hätten die Gutachter den Beschwerdeführer nicht nur ausführlich und sorgfältig klinisch funktionell orthopädisch traumatologisch, sondern auch neurologisch gutachterlich untersucht. Sodann könne man die von Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 14. Januar 2015 formulierten Diagnosen nicht nachvollziehen. Für die diagnostische Formulierung eines radikulären Reizsyndroms L5 rechts bestehe weder klinisch-funktionell noch aufgrund einer aktuellen bildgebenden Diagnostik (MRI der LWS und der ISG vom 23. Oktober 2015) ein plausibler Zusammenhang. Der Vorschlag einer Neubeurteilung mit Durchführung einer lumbalen Funktionsmyelographie erscheine indikativ nicht hinreichend begründet. Entgegen stehe der Aspekt, dass es sich bei einer lumbalen Funktionsmyelographie um eine invasive Massnahme mit Rückenmarkpunktion und den nicht sicher auszuschliessenden Risiken handle. Im Übrigen sei die von den G.\_\_\_\_-Gutachtern veranlasste und ausgewertete aktuelle MRI-Abklärung der LWS und der ISG vom 23. Oktober 2015 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit hinreichend. Dies insbesondere mit einem klinisch-funktionell nicht nachweisbaren radikulären Reizsyndrom L5. Im Übrigen diene eine kernspintomographische Abklärung zur bildgebenden Sicherung eines in einem SLUMP-Test sich ergebenden Verdachtes einer z.B. Diskushernie. Wie bereits erwähnt, sei auch die von den G.\_\_\_\_-Gutachtern im Rahmen der Begutachtung aktuell veranlasste MRI-Abklärung der LWS insofern unauffällig gewesen.

6.2.14 In seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2016 (IV-Nr. 155, S. 2) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ fest, Dr. med. H.\_\_\_\_ schreibe auf Seite 2, dass es weder klinisch-funktionell, noch in der aktuellen bildgebenden Diagnostik (MRI) einen plausiblen Zusammenhang für ein radikuläres Reizsyndrom L5 rechts gebe. Dem widerspreche aber seine eigene Kollegin, Frau Dr. med. K.\_\_\_\_, auf Seite 1 und beschreibe dort einen positiven Lasègue in Endstellung. Im RAD-Bericht von Frau Dr. med. F.\_\_\_\_ sei auf Seite 2 im MRI vom 23. Oktober 2015 eine

rechtsbetonte praesacrale Diskusprotrusion und Neuroforamenstenose beschrieben worden. 6.2.15 In ihrer Aktennotiz vom 25. August 2016 (IV-Nr. 158) führte Dr. med. F. \_\_\_ vom RAD aus, ein endgradig positiver Lasègue sei ein negativer Lasègue. Den korrekten Befund finde man dann auch im neurologischen Teilgutachten des G. \_\_\_ auf S. 38: «Reflexstatus: Alle Reflexe sind symmetrisch auslösbar. Babinski beidseits negativ. Lasègue beidseits negativ. Auf beiden Seiten werden Schmerzen in Endstellung angegeben.» Ein endgradiger Schmerz in der Lasègue-Prüfung (endgradig bedeute da über 60 - 70 Grad Flexion im Hüftgelenk) sei nicht Ausdruck einer Nervenwurzelkompression oder -reizung. Bei einem radikulären Reizzustand würden die Schmerzen viel früher auftreten (in der Regel unter 40 Grad Beugung) und seien typischerweise mit einer Blockierung verbunden. Die umfangreichen Untersuchungen bei diesem Versicherten hätten weder klinisch noch in der Bildgebung ein radikuläres Syndrom bestätigen können. Es bleibe nur noch einmal darauf hinzuweisen, dass radiologische Befunde (in diesem Fall eine Diskusprotrusion im MRI) per se gar nichts über die Beschwerden, geschweige denn über die Belastbarkeit/Arbeitsfähigkeit aussagen würden, sondern immer nur in Zusammenhang mit der Anamnese und den klinischen Befunden bewertet werden dürften.

7. 7.1 Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des G. \_\_\_ vom 21. Dezember 2015 (IV-Nr. 143.1) stützt, ist vorerst dessen Beweiswert zu prüfen. Grundsätzlich ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Im orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 143.2) führt Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, überzeugend aus, der pathologische Befund einer frühen und röntgenologisch relativ fortgeschrittenen Protrusionscoxarthrose mit einer gleichzeitigen retropatellaren Gonarthrose des linken Beines beeinträchtigt naturgemäss die gesamtstatische Belastbarkeit des Bewegungsapparates in allen Arbeitspositionen sowie stehend, kniend, hockend, sitzend etc. Rücken-, hüft- und kniebelastende Zwangshaltungen seien somit nicht mehr zumutbar. Tätigkeiten mit Aufenthalt auf Gerüsten, Leitern und in sonstigen belastenden Zwangshaltungen, wie sie auf Baustellen und als Plattenleger nicht vermeidbar seien, könnten dauerhaft nicht mehr zugemutet werden. Aus orthopädisch-statischer Sicht neigten die hüft- und knieverursachten Beschwerden der linken unteren Extremität zu einer Überlagerung und Verschlimmerung der lumbovertebral degenerativ gründenden Beschwerden. Der Versicherte sei somit nur noch für leichte, statisch schonende, wechselbelastende Tätigkeiten geeignet. Überwiegend seien diese Tätigkeiten in sitzender Position sinnvoll. Es sollte die Gelegenheit bestehen, sich nach eigenem Ermessen bewegen zu können. Die zumutbare Gehstrecke sei mit ca. 1000 m limitiert. Sodann legt Dr. med. H. \_\_\_ nachvollziehbar dar, dass die Diagnose einer bereits fortgeschrittenen Protrusionscoxarthrose links und einer mässig ausgeprägten retropatellaren Gonarthrose links in der dokumentierten Vorgeschichte - insbesondere in den Vorgutachten vom 31. Dezember 2009 und vom 17. November 2014 - noch nicht offenkundig gewesen sei. Somit seien die Hüft- und Kniebefunde im Rahmen dieses Gutachtens erstmals diagnostiziert worden. Das Restbelastungsprofil sei somit weitergehend beeinträchtigt, als dies aus der bisherigen Akte erkennbar sei. Weiter führt Dr. med. H. \_\_\_ einleuchtend aus, eine schwere Protrusionscox-arthrose links wie

vorliegend bedürfe einer langjährigen Ätiopathogenese. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei bei diesem Versicherten bereits zum Zeitpunkt der Geburt die linksseitige Hüftanatomie pathologisch gewesen. Die stattgehabten Arbeitseinwirkungen (als Kind Mithilfe auf dem elterlichen Bauernhof im Kosovo und in der Schweiz als Maurer, Dachdecker, Flachdachisolierer) hätten den Prozess der Entwicklung der schweren Protusionscoxarthrose massgeblich beschleunigt. Retrospektiv wäre dieser Versicherte in den erwähnten Tätigkeiten rein hüftbedingt zu keinem Zeitpunkt 100 % geeignet gewesen. Ein schweres Hüftleiden wie vorliegend entspreche einer angeborenen Behinderung. Diese sei leider weder diagnostiziert geschweige behandelt worden. Bezüglich der von der Vertretung des Beschwerdeführers verlangten lumbalen Funktionsmyelographie hielt Dr. med. H.\_\_\_\_ sodann einleuchtend fest, dafür bestehe nach orthopädisch-traumatologischer Interpretation keine hinreichende indikative Begründung. Sämtliche pathomorphologischen Abklärungsbedürfnisse der LWS würden durch die klinischen Untersuchungen und durch die veranlasste und vorbeschriebene Verlaufs-MRI-Abklärung der LWS hinreichend beantwortet, weshalb auf die Anfertigung verzichtet worden sei. Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 143.3) wird von Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, nachvollziehbar aufgezeigt, dass die vom Versicherten geäußerten massiven Schmerzen von neurologischer Seite her nicht erklärt werden könnten, da der Lasègue negativ sei und offenbar auch keine dauerhafte Einschränkung im Gehen vorhanden sei, bei normaler Trophik trotz Angabe von Beschwerden und trotz Störung der Tiefensensibilität. Die angegebene Störung der Tiefensensibilität im Bereiche des rechten Fusses sei neurologisch nicht erklärbar, es bestünden keine weiteren peripher neurologischen noch zentralen Störungen. Aller Wahrscheinlichkeit nach handle es sich dabei um funktionelle Beschwerden. Die Arbeitsfähigkeit sei von neurologischer Seite her nicht eingeschränkt. Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 143.4) hält Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, beim Versicherten bestehe seit 1996 ein orthopädisch-neurochirurgisches Krankheitsbild. Seit März 2000 würden durch die behandelnden Ärzte auch eine psychisch labile Verfassung und erhöhte Ängstlichkeit beschrieben. Im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ und Dr. med. B.\_\_\_\_ vom Dezember 2009 seien die psychiatrischen Diagnosen eines chronischen, nicht ausreichend somatisch abstützbaren Schmerzsyndroms entsprechend einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie einer dysthymen Verstimmung gestellt worden. Wie Dr. med. L.\_\_\_\_ hierzu aber einleuchtend ausführt, hat die Schmerzsymptomatik, wie im orthopädischen Teilgutachten aufgezeigt, einen objektivierbaren organmedizinischen Auslöser, womit das aktuelle klinische Bild sich umfassend durch organmedizinische Befunde erklären lässt, weshalb die bisherige Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht aufrechterhalten werden kann. Im Weiteren kommt Dr. med. L.\_\_\_\_ nachvollziehbar zum Schluss, beim Versicherten bestehe eine depressive Störung, die diagnostisch in zwei Komponenten zu unterteilen sei: Zum einen bestehe seit über zwei Jahren eine depressive Verstimmung leichteren Ausmasses, welche als Dysthymia F34.1 einzuordnen sei. Auf diese chronische Symptomatik pflöpfen sich zum anderen depressive Phasen auf, aktuell bestehe eine leichte depressive Episode bei rezidivierender Störung F33.0. Die organmedizinische Erkrankung habe den Versicherten mit einer für ihn neuen und weitestgehend unberechenbaren Situation konfrontiert. Sei er bis dato in seiner Persönlichkeitsstruktur gefestigt und in seinem vertrauten Alltag gut verankert gewesen, habe er diese neue Situation nicht ausreichend bewältigen können, es

hätten sich zunehmend soziale Ängste und Vermeidungsverhalten eingeschlichen. Es könne anhand einer einmaligen Begutachtung nur vermutet werden, dass eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstruktur vorliege, welcher per se kein Krankheitswert zukomme, aber seine Fähigkeit zur psychischen Bewältigung der organmedizinischen Erkrankung beeinträchtige und damit möglicherweise auch den Boden für die Entstehung der Depression gebildet habe. Hinweise für eine manifeste Persönlichkeitsstörung hätten sich aktuell nicht ergeben. Das (leichte) Stottern und die anamnestisch vorbeschriebene Lese-Rechtsschreib-Störung hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. Da die Depression aktuell als leichtgradig einzustufen sei, habe diese keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem wäre bei einer regelmässigen Einnahme von 100 mg Trimipramin und 90 mg Cymbalta ein deutlich höherer Blutspiegel zu erwarten. Beide Medikamente seien nicht messbar vorhanden, weshalb von einer eingeschränkten Compliance ausgegangen werden müsse. Im Vorgutachten vom November 2014 sei zusätzlich als rheumatologische Diagnose eine Fibromyalgie beschrieben worden. Die Diagnosekriterien der Fibromyalgie würden Überschneidungen mit denen einer Dysthymia beinhalten (z.B. Schlafstörungen, Störungen des Antriebs bzw. rasche Erschöpfbarkeit), so dass dies möglicherweise erkläre, warum keine Dysthymia trotz relevanter Symptome diagnostiziert worden sei. Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 143.5) wird von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ausgeführt, auf internistischem Gebiet sei zum einen die arterielle Hypertonie erwähnenswert, bei der heutigen Untersuchung fänden sich erhöhte Werte, so dass über eine Optimierung der Therapie nachgedacht werden sollte. Zum anderen bestehe eine Reflux-Krankheit, die unter der PPI-Therapie dem Versicherten wenig Beschwerden bereite. Bei jahrzehntelangem Nikotinabusus sei aufgrund der Anamnese das Vorliegen einer COPD sehr wahrscheinlich. Beim Versicherten sei mit Bericht vom 8. Juni 2012 ein Lupus erythematodes tumidis festgehalten worden. Diese kutane Form des Lupus erythematodes beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nur insofern, dass Tätigkeiten im Freien nicht in Frage kämen. Also könne eine Tätigkeit als Dachdecker und Flachdachisolierer nicht mehr ausgeübt werden. Gestützt auf seine Abklärungen hält der Gutachter nachvollziehbar fest, aus internistischer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit als Dachdecker und Flachdachisolierer bei 0 %. In einer angepassten Verweistätigkeit betrage sie 100 %. Die bei dem Versicherten bestehende arterielle Hypertonie sowie die Reflux-Ösophagitis und der Verdacht auf eine COPD hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sowie auf das Belastungsprofil. 7.2

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Gestützt darauf steht fest, dass seit der letzten abweisenden Rentenverfügung vom 12. August 2010 aus gesundheitlicher Sicht eine Verschlechterung eingetreten ist und der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist. Zudem ist er in einer angepassten leichten, überwiegend sitzenden und auch wechselbelastenden Tätigkeit, möglichst in geschlossenen und heizbaren Räumen, freie und nasskalter Witterung vermeidend, sowie in einer von Routinen geprägten und mit wenig oder moderatem Kundenkontakt einhergehenden Tätigkeit lediglich zu 80 % arbeitsfähig. Die übrigen medizinischen Stellungnahmen geben keinerlei Anlass, an den Ergebnissen des Gutachtens zu zweifeln. Insbesondere vermögen die Berichte des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ den Beweiswert der Beurteilung der G.\_\_\_\_ -Gutachter nicht zu entkräften. Die diesbezüglichen Rügen werden zudem durch die Stellungnahme der G.\_\_\_\_ -Gutachter vom 23. Februar 2016 (IV-Nr. 149; vgl. E. 6.2.13 vorgehend) wie auch die Argumentation von Dr. med. F.\_\_\_\_

vom 25. August 2016 einleuchtend widerlegt: So sei ein endgradiger Schmerz in der Lasègue Prüfung nicht Ausdruck einer Nervenwurzelkompression oder -reizung. Bei einem radikulären Reizzustand würden die Schmerzen viel früher auftreten (in der Regel unter 40 Grad Beugung) und seien typischerweise mit einer Blockierung verbunden. Die umfangreichen Untersuchungen bei diesem Versicherten hätten weder klinisch noch in der Bildgebung ein radikuläres Syndrom bestätigen können. In diesem Zusammenhang ist auf den Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hinzuweisen: Die blosser Berufung auf abweichende Stellungnahmen behandelnder Ärzte ist nicht geeignet, Zweifel am Beweiswert unabhängiger fachärztlicher Expertisen aufkommen zu lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2009, 9C\_170/2009, Erw. 2.2). Hinzu kommt, dass Dr. med. D.\_\_\_\_ auf dem Gebiet der Orthopädie die Spezialkenntnisse fehlen, seine Stellungnahme also auch aus diesem Grund weniger Gewicht als ein fachärztliches Gutachten besitzt (s. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C\_323/2009, E. 4.3.1). Des Weiteren ist ergänzend auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. D.\_\_\_\_ auch deswegen vergleichsweise geringerer Beweiswert zuzumessen ist. Auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen vermögen am Beweiswert des Gutachtens nicht zu ändern. So legen die G.\_\_\_\_-Gutachter überzeugend dar, weshalb ihrer Meinung nach für die verlangte lumbalen Funktionsmyelographie keine hinreichende Indikation bestehe. So würden sämtliche pathomorphologischen Abklärungsbedürfnisse der LWS durch die klinischen Untersuchungen und durch die veranlasste und Verlaufs-MRI-Abklärung der LWS hinreichend beantwortet. Letztlich ist es Sache der medizinischen Gutachter über allfällige Indikationen weitergehender Untersuchungen zu befinden, falls sie der Ansicht wären, solche seien zur Beurteilung des Sachverhaltes notwendig. 8. 8.1 Die im angefochtenen Entscheid vorgenommene Invaliditätsbemessung ist unbestritten geblieben. So ist die Vorinstanz für die Festsetzung des Valideneinkommens grundsätzlich zu Recht vom zuletzt erzielten Verdienst des Beschwerdeführers ausgegangen. Da im Gesundheitsfall erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit weitergeführt worden wäre, ist in der Regel an den letzten Lohn anzuknüpfen, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat (BGE 129 V 224 Erw. 4.3.1). Dies ist auch hier der Fall, verlor der Beschwerdeführer seine Stelle doch krankheitshalber. Gemäss Arbeitgeberbericht (IV-Nr. 1.13, S. 2 Ziff. 16) hätte er im Jahr 1997 CHF 50'700.00 verdient. Dieses Einkommen ist an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmer im Baugewerbe per 2014 anzupassen, woraus CHF 61'694.00 resultieren (vgl. Berechnung in der Verfügung der IV-Stelle vom 31. August 2016). Da der Beschwerdeführer zudem keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturhebung (LSE 2014) herangezogen, die Wochenstunden aufgerechnet und dieses Einkommen an die Teuerung angepasst. Hierbei hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den Totalwert Niveau 1 abgestellt. Wie das Bundesgericht hierzu festgehalten hat, kann der Bezug des Tabellenlohnes eines einzelnen Sektors oder gar einer bestimmten Branche zwar praxismässig ausnahmsweise gerechtfertigt sein, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit im betreffenden Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen

kaum in Frage kommt (Urteil 9C\_667/2013 vom 29. April 2014 E. 5.3; Urteil 9C\_237/2007 vom 24. August 2007 E. 5.1, nicht publ. in: BGE 133 V 545, aber in: SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63). Im vorliegenden Fall kann aber nicht gesagt werden, dass für den Beschwerdeführer eine Arbeit in anderen Bereichen als im Baugewerbe kaum in Frage komme, zumal er im Bereich des Baugewerbes keine spezifische Ausbildung vorzuweisen hat. Damit ist es im vorliegenden Fall gerechtfertigt, wie im angefochtenen Entscheid auf den Totalwert Niveau 1, 2014, TA1\_Tirage\_skill\_level, Total Niveau 1, Männer abzustellen: CHF 5'312.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden (:40 x 41.7) = CHF 66'453.10, was bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ein Invalideneinkommen von CHF 53'162.50 ergibt.

8.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug anerkannt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit. Gerade in einfachen und repetitiven Tätigkeiten sind Männer mit Teilzeitpensen – im Gegensatz zu Frauen – schlechter entlohnt als im Durchschnitt aller Beschäftigungsgrade inklusive Vollzeit, nämlich um rund 9 % bei Teilzeit zwischen 50 und 74 %. Bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, hat die Rechtsprechung einen Abzug von 10 % anerkannt (vgl. Hans-Jakob Mosimann, in: Steiger-Sackmann / Mosimann, Handbücher für die Anwaltspraxis, Recht der Sozialen Sicherheit, Zürich 2014, Rz. 22.67, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_382/2012 vom 25. Juni 2012 E. 3.2.2, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2011 vom 23. Januar 2012 E. 4.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.1.1, mit Hinweisen). Die Höhe des leidensbedingten Abzugs ist eine typische Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle geht es darum, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Allerdings darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81).

8.2.1 Der Beschwerdeführer ist nur noch zu 80 % arbeitsfähig und vermag eine angepasste leichte, überwiegend sitzende und auch wechselbelastende Tätigkeit, möglichst in geschlossenen und heizbaren Räumen, freie und nasskalter Witterung vermeidend, sowie

eine von Routinen geprägte und mit wenig oder moderatem Kundenkontakt einhergehende Tätigkeit verrichten. Vor diesem Hintergrund erweist sich der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % als angemessen. Dagegen besteht für einen weiteren Abzug aufgrund von Alter und Nationalität kein Raum. Namentlich ist der Beschwerdeführer schon vor Jahren in der Schweiz eingebürgert worden, so dass allfällige schlechtere Verdienstaussichten für Ausländer von vornherein keine Rolle spielen. Ebenfalls keinen Abzugsgrund stellt der Umstand dar, dass der Beschwerdeführer nur zu 80 % leistungsfähig ist, da dies gemäss G.\_\_\_\_ -Gutachten bei einem vollen Pensum umsetzbar ist. Unter Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 10 % ergibt sich schliesslich ein Invalideneinkommen von CHF 47'846.25 und ein Invaliditätsgrad von 22 %, womit der Rentenanspruch zu verneinen ist. 9. Angesichts eines Invaliditätsgrades von 22 % hätte der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf Massnahmen zur beruflichen Eingliederung. Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit - diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und - die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art sind in den Art. 15 - 18d IVG geregelt. So können Berufsberatung, eine erstmalige berufliche Ausbildung, eine Umschulung, eine Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuche, Einarbeitungszuschüsse, eine Entschädigung für Beitragserhöhungen oder auch Kapitalhilfe gewährt werden. Jede einzelne Massnahme unterliegt gewissen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen und die sich aus der jeweiligen Bestimmung ergeben. Arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, haben gemäss Art. 18 Abs. 1 IVG Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes und begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes. Wie aus dem G.\_\_\_\_ -Gutachten hervorgeht, hat der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern erklärt, er könne wegen seiner Rückenbeschwerden einerseits und wegen seiner psychiatrischen Probleme auch keine angepasste Tätigkeit aufnehmen (vgl. S. 27 des Gutachtens). Damit fehlt es derzeit an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es steht dem Beschwerdeführer aber offen, sich bei der Beschwerdegegnerin zur Durchführung der beruflichen Massnahmen zu melden, sobald er bereit ist, das gutachterlich ermittelte Leistungsvermögen auszuschöpfen. 10. Somit ist die Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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